الرقم التسلسلي ....



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

قسم علوم التسيير

مـذكرة

مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير

تخصص: علوم التسيير

فرع : التسويق

من إعداد الطالب: عصماني سفيان

الموضوع

دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها(المرضى)

دراسة حالة:

ـ مصحة الصنوبر بمدينة سطيف ـ

نوقشت علنيا بتاريخ: 2008/01/23 أمام اللجنة المكونة من :

1- د/عثمان حسن عثمان	أستاذ محاضر	جامعة المسيلة	رئيسا
2- د/ بن يعقوب الطاهر	أستاذ محاضر	جامعة سطيف	مقررا
3- د/ نويبات عبد القادر	أستاذ مساعد مكلف بالدروس	جامعة المسيلة	ممتحنا
4- د/ مليلاني عبد الحكيم	أستاذ محاضر	جامعة سطيف	ممتحنا

السنة الجامعية: 2006/2005

خطة البحث

1/ مقدمة:

من أكثر قضايا التخطيط والتنمية إثارة للجدل، قضية الرعاية الصحية للمواطن وما ينبغي أن يخصص لها من ميزانية الدولة وذلك لسببين هما:

أولا: أن الإنسان هو هدف التنمية كما أنه وسيلتها، والصحة هي أول متطلبات الإنسان وأهم مقومات الحياة.

ثانيا: أن الخدمات الصحية تعد أغلى أنواع الخدمات تكلفة حيث يبلغ حجم الإنفاق العالمي على الخدمات الصحية سنوياً تريليوني دولار[(1)] ويتوقع أن تزيد خلال السنوات القادمة.

والواقع أن الصحة العامة وصحة المواطن هي أغلى ما تملكه المجتمعات، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها، حيث أن الإنسان هو الهدف لكل ما تقدمه برامج وخطط التنمية من خدمات، وأن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان، وأهم مقومات الحياة هي الصحة. ومن جهة أخرى فإن الإنسان هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية ذاتها، وهو الذي يعتمد عليه بعد الله – تعالى – في نجاح هذه العمليات واستمرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية. وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فإنه ليس بالجانب الوحيد، كما أن الهدف ينقسم إلى شقين، الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية وهو ما يعني بالعدالة، والشق الثاني هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهذا يعني ما يعني بالجودة، فلقد ركزت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر في العام 2000 على عافية الأشخاص وسلامتهم بدنيا ونفسيا مع التأكيد على هذين العنصرين ألا وهما الجودة والعدالة، ولقد راعى التقرير إلى حد كبير الأدوار التي تضطلع بها الدول في النظم سواء بالنسبة لمقدمي الخدمات أو المستفيدين منها أو المساهمين في تقديم هذه الخدمات الصحية بجهودهم أو أموالهم، وأشار التقرير أيضا إلى كيفية معالجة النظم القائمة للفوارق بين الناس وطريقة استجابتهم لها ورضائهم عنها.

---

(1) عبد الإله ساعاتي، بدائل تمويل الخدمات الصحية في دول الخليج، مجلة صحة الخليج، العدد 39 ربيع أول 1420هـ ص 22.

وبما أن المنظمات الصحية من مستشفيات ومصحات ومراكز صحية تعتبر واسطة العقد ومركز الدائرة في تقديم الخدمات الصحية والطبية، وبالتالي فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، ومع تزايد الضغوط بصورة غير مسبوقة على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية والتي ساعدت حركة الناس المتزايدة وانتقالهم السريع من مكان إلى أخر في انتشارها واتساع دائرة نطاقها، فتضاعفت الضغوط المتزايدة أصلا على هذه المؤسسات الصحية والطبية، هذا بالإضافة إلى ما شهدته السنوات الأخيرة من زيادة مضطردة وإقبالا متناميا في أعداد المترددين على المستشفيات، ولقد اتسمت هذه الزيادة بخصائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة فيما يتعلق بالمطالبة على الاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين واحتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم، كل ذلك حتم على القائمين على إدارة الخدمات الصحية والطبية إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني وتطبيق المفاهيم التسويقية في هذه المنظمات الصحية، ودخل التسويق بذلك غمار حقبة جديدة في هذا النوع من الخدمات، وقد زادت أهميته بسبب العولمة لاسيما بعد التوسع العالمي في الاتجار في الخدمات الصحية، وأصبح بذلك التسويق كأحد أهم المداخل الإدارية الفعالة التي يمكن لها أن تقوي الدور القيادي والتوجيهي للمنظمات الصحية وهذا من خلال الانطلاق من حاجيات المريض والعمل على تقديم خدمة صحية وطبية ذات جودة متميزة من البداية وهذا من خلال الاستغلال الكفء والأمثل للموارد المتاحة لدى المنظمات الصحية.

2/ إشكالية البحث:

شهد قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية بالجزائر تطورات كبيرة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي، تزامن مع التغيرات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها المجتمع الجزائري بشكل عام، ولعل أبرزها هو فتح قطاع الاستثمار الوطني والأجنبي في هذا القطاع الحساس. وعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر على الرعاية الصحية، وما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة أو الخاصة، إلا أن الاستفادة من ذلك ما زالت دون المستوى المطلوب، وبقي القطاع الصحي عرضة العديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية ومستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمواطن ولعل من أهم العوامل التي تسهم في حدوث هذه المشكلات، تتمثل أساسا في

ضروب القصور الإداري، بما فيها سوء التخطيط والرصد والتقييم، ونقاط الضعف التنظيمية وعدم وضوح الأدوار وبالتالي عدم فاعلية السياسات الموضوعة.

لقد أصبح التحدي الذي تواجهه المنظمات الصحية الجزائرية سواء التي تهدف إلى الـربح أو غير الربحية منها ليس هو أن تستخدم التسويق أو لا تستخدمه، لأن التسويق هو أمرا مفروضـا لا يمكن تجنبه، ولكن المسألة هي أن تؤديه بكفاءة أو دون كفاءة وسعيا لتأكيد هذا الدور وبناء على مـا سبق وفي إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية "ما مدى مساهمة التـسويق فـي مـساعدة المنظمات الصحية لتحقيق متطلبات العملاء".

وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- ما مفهوم الخدمات الصحية ؟ خصائصها ومستوياتها ؟.
- ما مفهوم التسويق الصحي ؟ أهميته، مستوياته ؟.
- هل سياسات المزيج التسويقي للسلع المادية نفسها في حالة الخدمات الصحية ؟.
- ما هي خصوصية المزيج التسويقي الصحي الخارجي والعلائقي (التفاعلي) ؟.
- ما المقصود بالجودة في القطاع الصحي ؟.
- إلى أي مدي يتم اعتماد الجودة كمنهج لتسويق الخدمات الصحية ؟.

3/ فروض الدراسة:

من اجل تفسير إشكالية البحث ومحاولة الإجابة عن الأسئلة المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

أولا: ما مدى تأثير عناصر المزيج التسويقي الخارجي على المريض في اختياره للمنظمة الصحية التي يريد العلاج فيها؟.

ثانيا: ما مدى مساهمة عناصر المزيج التسويقي الخارجي في زيادة تحسين جودة الخدمات الصحية؟.

ثالثا: : ما مدى مساهمة عناصر المزيج التسويقي الخارجي في زيادة تحسين جودة الخدمات الصحية؟.

رابعا: ما مدى مساهمة عناصر المزيج التسويقي الخارجي والتفاعلي في تحقيق رضا المريض؟.

خامسا: ما مدى مساهمة عناصر المزيج التسويقي والتفاعلي معا في تعزيز المكانة الذهنية للمنظمة الصحية وزيادة المركز التنافسي لها؟.

4/ أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

أ/ الأهمية العملية:

إن التسويق الحديث يرتكز على العميل الذي يعد حجر الزاوية لأي نشاط تسويقي في المنظمات الصحية، ومن ثم العمل على تحقيق واشباع رغبات وحاجات المريض الأساسية من خلال تصميم مزيج تسويقي صحي مثالي ومتكامل يمكن أن يساهم في تقديم أفضل الخدمات الصحية والطبية بهذه المنظمات بأسرع وقت ممكن وبأعلى جودة، كما أن للتسويق أبعاد تتعلق بالكفاءة والتقنيات والاستمرارية، والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد ممثلة في التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي(العلائقي)، والتي سيكون لها الأثر الايجابي في تحسين جودة الخدمة الصحية وبالتالي تحقيق رضا المريض.

ب/ الأهمية العلمية:

تنبثق أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا حيويا في قطاع حساس، حيث أن دراسة موضوع التسويق يساعد المنظمة في التعرف على الدور الذي يقوم به التسويق في المنظمة الصحية على كفاءة وفعالية الخدمات الصحية والطبية التي تقدمها، كما تبرز أهمية هذه الدراسة بوضوح نظرا لنقص الدراسات في مجال تسويق الخدمات الصحية بالرغم من التزايد المتناهي عليها في السنوات الأخيرة.

5/ أهداف الدراسة:

حاولنا من وراء هذه الدراسة هو التوصل إلى مجموعة من الأهداف النظرية والميدانية تتمثل أهمها فيما يلي:

- محاولة الإلمام والتعرف على طبيعة الخدمات الصحية.
- محاولة التعرف على مفهوم التسويق عموما وتشخيص التسويق الصحي خصوصا في المنظمات الصحية وأهميته.

- إبراز الدور الذي يلعبه المزيج التسويقي الصحي الخارجي والتفاعلي في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية وبالتالي بلوغ أهداف المنظمة الصحية المنشودة.
- التعرف على محددات الجودة المكونة للخدمات الصحية.
- إن أهم ما تتميز به هذه الدراسة هو اعتمادها على تقييم المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية وهم المرضى، لذلك فإن تقييم دور التسويق في القطاع الصحي من قبل المستفيدين ودراسة مدى رضاهم عن تلك الخدمات أصبح يمثل الاتجاه الجديد في تقييم الخدمات الصحية، لأن الهدف لا يمكن تحقيقه دون الوصول إلى درجة مناسبة من رضا المستفيدين.

6/ أسباب اختيار الموضوع:

يرجع اختيارنا لهذا الموضوع إلى:

- الرغبة في تنمية وإثراء معلوماتنا التسويقية في هذا الميدان بحكم التخصص.
- شعورنا بأهمية الموضوع خاصة في ظل المتغيرات والمستجدات والمفاهيم الحديثة وبروز الأهمية الكبرى للقطاع الخدمي والصحي في النشاط الاقتصادي.
- بالرغم من الجهود البحثية التسويقية التي امتدت إلى قطاعات عديدة ومتنوعة لم يلق قطاع الخدمات عموما وقطاع الخدمات الصحية خصوصا باهتمام كبير في مجال التسويق.
- تطور تسويق الخدمات الصحية من مفهوم التسويق الخارجي التقليدي إلى مفهوم أخر فرضته طبيعة الخدمات المتنوعة في خصائصها عن السلع المادية، وهو مفهوم التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي (العلائقي) الذي يرتكز على مقياس الجودة سواء من منظور المستفيدين أو الإدارة أو الاثنين معا باعتبارها سلاحا تنافسيا فاعلا.

7/ المنهج المستخدم:

لدراسة موضوع دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية فقد تم الاعتماد على منهج يستند في جوهره على أساسين، الوصف والتحليل وهو منهج وسط يهدف إلى شرح أبعاد التسويق وأثره على جودة الخدمات الصحية المقدمة وذلك عن طريق وصف وتشخيص ظاهرة البحث بغرض استيعاب الإطار النظري.

8/ تحديد المفاهيم:

عند القراءة الأولية للبحث يلاحظ أن هناك تركيز على المصطلحات:

أ- **التسويق:** هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة والوظائف المتكاملة المترابطة مع بعضها البعض والتي تعمل في مجموعها إلى تحقيق تسهيل تدفق السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك بالشكل الذي يرضي المستهلك ويشبع رغباته وحاجاته ويحقق له المنافع الاقتصادية والاجتماعية وفي الوقت ذاته يحقق الفائدة والربح للمنظمة التي تعمل على تلبية تلك الرغبات للمستهلك مما يسمح لها بالاستمرار والبقاء من التواجد في سوق تنافسية سيدها وقائدها المستهلك.

ب- **التسويق الخارجي:** هو العمل الاعتيادي الذي تقوم به المنظمة لتهيئ وتسعر وتوزع وتعزز الخدمات للزبائن[1]. ويتم ذلك عن طريق مجموعة من المتغيرات يطلق عليها عناصر المزيج التسويقي الخارجي.

ج- **التسويق الداخلي:** يصف العمل الذي تقوم به المنظمة لتحفيز وتدريب موظفيها على خدمة الزبائن بشكل جيد وكفؤ[2]. ويكون ذلك عن طريق مزيج تسويقي داخلي موجه للعاملين يتفاعل مع رسالة وأهداف واستراتيجيات المنظمة.

د- **التسويق التفاعلي:** يصف مهارات العاملين في خدمة الزبون حيث يتم باستمرار على أن أهم المساهمات التي يمكن أن يقوم بها قسم التسويق هي أن يكون قادر على جعل كل فرد في المنظمة يمارس التسويق[3]. ويكون ذلك عن طريق مزيج تسويقي تفاعلي يعمل على بناء علاقات

[1] د. محمود جاسم الصميدعي: مداخل التسويق المتقدم، دار زهران، عمان، الأردن، 1999، ص.244.
[2] د. محمود جاسم الصميدعي: المرجع نفسه، ص.244.
[3] د. محمود جاسم الصميدعي: المرجع نفسه، ص.244.

قوية مع العملاء من خلال التركيز على التوقعات والادراكات وخلق الثقة من خـلال المـصداقية في الوفاء بالعهود التي تقدمها المنظمة لعملائها[1]

هـ- الخدمات: يمكن تعريف الخدمات من الناحية التسويقية بأنها عن تصرفات أو أنشطة تقدم من طرف إلى طرف آخر من أجل تلبية رغباته، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عليهـا نقل ملكية أي شيء بل يحصل من ورائها على منافع أو فوائد، كما أن تقـديم الخدمـة قـد يكـون مرتبطا أو غير مرتبط بسلعة مادية ملموسة.

و- الخدمات الصحية: هي مجموع الخدمات المقدمة للمريض منذ وصوله إلـى المستـشفى أو المركز الصحي إلى غاية خروجه منه، والتي يهدف من ورائها إلى تحسين صحة الفرد وإعادتهـا إلى حالتها الطبيعية.

ز- **جودة الخدمة الصحية:** ويقصد بها تحقيق مستوى عالي وجيد في تقديم الخدمة الطبيـة والصحية منذ المرة الأولى للمريض، وتتكون جودة الخدمة الصحية من ثلاثة أبعاد رئيـسية وهي:

- **جودة الرعاية الفنية:** وتشير إلى كفاءة الجهاز الطبي والتمريضي في الفحص والعلاج.
- **جودة فن الرعاية:** ترتبط بالجانب الإنساني للرعاية، أي الطريقة التي يتم التعامل بهـا مـع المريض.
- **جودة المظهر الخارجي:** وتتمثل في مظهـر المنـشأة الـصحية والتجهيـزات والمعـدات الموجودة بها بالإضافة إلى الخدمات الفندقية.

9/ الدراسات السابقة:

تظهر أهمية الدراسات السابقة في تحديدها للإطار النظري للموضوع المراد دراسـته، كمـا تحدد جميع الجوانب التي تحتوي على العوامل والمتغيرات التي تتعلق بدراسة الموضوع.

ويجدر بالذكر هنا الدراسة التي قام بها أحمد محمد الخضر تحت عنوان " **المزيج التـسويقي للخدمات الصحية في المؤسسات الطبية الخاصة بالتطبيق على منطقة القصيم**"، وقـد

[1] إلهام فخري أحمد حسن:التسويق بالعلاقات،الملتقى العربي الثاني،التسويق في الوطن العربي الفرص والتحديات،المنظمة العربية للتنمية الإدارية،الدوحة،قطر. 6-8أكتوبر2003،ص.407.

أوضح الباحث أهمية دراسة المزيج التسويقي للخدمات الطبية لإنجاح النشاط التسويقي وكذلك أسباب قصور عناصر المزيج التسويقي في الخدمات الطبية بمنطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية، ومن أهم التوصيات التي توصل إليها الباحث هو الضرورة الملحة لتواجد وتكامل عناصر المزيج التسويقي في المنظمات الصحية والطبية الخاصة.

وفي دراسة أخرى قام بها قولد سميث Goldsmith سنة 1980 تحت عنوان:" **سوق الرعاية الصحية: هل تستطيع المستشفيات الاستمرار والبقاء؟**"، حيث أنه نتيجة للتغيرات الحاصلة في التشريعات الحكومية فيما يخص سوق الرعاية الصحية، وزيادة المنافسة بين المستشفيات، باتت المستشفيات مهددة في بقائها، حيث أوضح قولد سميث في دراسته علاقة تطبيق التسويق ببقاء المستشفيات، حيث لاحظ أن المستشفيات التي قامت باستعارة تقنيات من قطاع الأعمال ممثلة في التسويق، كانت أكثر نجاعة وفعالية من تلك التي لم تتبنى ظروف التغيير الجديدة وعدم تطبيقها للتسويق.

وأوضح كل من نايدو G. Naidu، أتيل بارفاتيير Atul Parvatiyar، جديث شاث Judish N. Sheth، لوري ويستيج Lori Westage، في دراستهم الموسومة تحت عنوان" **هل يحقق تسويق العلاقة ميزة؟ تحقيق عملي (تجريبي) لممارسة تسويق العلاقة في المستشفيات**"، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية طبقية من المستشفيات التابعة لجمعية المستشفيات الأمريكية قدرت ب 1231 مستشفى، وقد استطاعت هذه الدراسة أن تبين أنه كلما زادت شدة المنافسة في سوق الرعاية الصحية أدى ذلك إلى زيادة الاهتمام بالتسويق التفاعلي أو تسويق العلاقات وبالتالي العمل على بناء علاقات جيدة مع جميع المتعاملين مع المستشفى من موردين، مرضى، أطباء، مُؤَّمِنُون، وغيرهم، كما أوضحت الدراسة أيضا أن المستشفيات الأكثر أداء وفعالية هي تلك المستشفيات ذات التوجه التسويقي العلاقاتي أو التفاعلي.

10/ هيكل الدراسة:

من أجل تغطية موضوع الدراسة قسمنا البحث إلى جزأين نظري وتطبيقي:

الجزء الأول يتكون من ثلاثة فصول:

في **الفصل الأول** تعرضنا إلى عرض مفهوم الخدمات وأهميتها وخصائصها وكل هذا من الناحية التسويقية وكان هذا في المبحث الأول. أما المبحث الثاني فقد تعرضنا فيه بشيء من التفصيل إلى الخدمات الصحية والطبية وبينا مستوياتها وأنواعها، بالإضافة إلى اقتصاديات الخدمات الصحية.

أما في **الفصل الثاني** فقد تطرقنا فيه إلى مفهوم التسويق في الخدمات بصفة عامة وبعدها تطور التسويق في قطاع الخدمات الصحية، وأهمية التسويق في المنظمات الصحية ومكونات المزيج التسويقي في هذا النوع من الخدمات، وبعدها عرضنا مفهوم مراحل إعداد الإستراتيجية التسويقية في المنظمات الصحية.

أما في **الفصل الثالث** فقد تعرضنا إلى دور التسويق في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث تطرقنا فيه إلى كل من جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيد منها وهو المريض ومحدداتها الأساسية ونموذج معالجة الفجوات لجودة الخدمات الصحية وصولا إلى رضا المريض وما هي العوامل التي تحكم هذا الرضا وكيفية التعامل مع تلك العوامل كشرط أساسي للمنظمات الصحية لتحقيق أعلى مستوى من رضا عملائها ومن ثم ضمان ولائهم .

الجزء الثاني: يتكون من فصل ميداني:

وشمل **الفصل الرابع** مبحثين، الأول منه عالج الدراسة المنهجية من منهج للدراسة وحدودها ومجتمعها ومصادر لجمع المادة العلمية وأساليب جمع المادة العلمية، بالإضافة إلى دراسة تاريخية لمصحة الصنوبر والهيكل التنظيمي لها. أما في المبحث الثاني فتعرضنا فيه إلى تحليل النتائج من توصيف لأفراد عينة الدراسة، والإجابة عن تساؤلات الدراسة من خلال تحليل أسئلة الاستمارة.

تمهيد:

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومتزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية والمتميزة في اقتصاديات الدول، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين. وفي حقيقة الأمر فان الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية وهامة، وينجر عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات. ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية التي زاد الطلب عليها باختلاف مستوياتها، ونتيجة لذلك وضعت الدول معايير محددة من أجل تقديم هذا النوع من الخدمات بشكل واسع وكبير لكافة شرائح المجتمع، وبغية تحقيق تلك الأهداف كان لابد من تنظيم هذه الخدمات الصحية ووضع إطار استراتيجي لها عرف فيما بعد بنظام الرعاية الصحية.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات

في العشريتين الأخيرتين اكتسبت الخدمات أهمية بالغة و متزايدة على مختلف الأصعدة، و لقد حدث ذلك من جراء بروز معطيات وتفعيل تأثيرات سببها أساسا التقدم العلمي و التكنولوجي الهائل من جهة، و كذا التحولات المثيرة في الهيكلة الاقتصادية الدولية من جهة أخرى، لذلك أصبحت الخدمات تحتل دورا مهما في حياة الفرد والمجتمع وتساهم في رفاهيتهم و استقرارهم لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطورا كبيرا في مجال تقديم هذه الخدمات.

1/ مفهوم الخدمات:

أ- مفهوم الخدمات لغة

"خدمة:**ج** خِدَمْ وخَدَمَات: واجبات شخص يعمل لحساب الآخرين،يقوم بحاجتهم" كان في خدمة فلان"// ما يقدم من مساعدة أو عون في القيام بعمل أو في قضاء حاجة:"أسدى إلينا خدمة"// تأدية بعض الواجبات أو الاضطلاع ببعض المهمات في سبيل شيء أو شخص.

في الاقتصاد: صادرات أو موارد غير منظورة يعدُّون منها السياحة و الاصطياف//"خدمات اجتماعية":عمل رسمي أو غير رسمي غايته مساعدة المرضى و الفقراء و ذوي العاهات على القيام بنشاط طبيعي ودور شريف في الحياة// "خدمات صحية": فحوص وعلاج و غيرها."[1] .

"خدمة:1مص خَدَمَ،2ج خَدَمَات:مساعدة أو فضل "أسدى إليه خدمة" Iإدارة خدمات(في المصلح الحكومية): مكتب لتقديم المساعدات و أعمال الصيانة،خدمات صحية: فحوص و علاج وغيرها، خدمات مكتبية: ما تقوم به المكتبات من خدمات كإعارة الكتب و الرد على الاستفسارات وإقامة المعارض،خدمة إذاعية: خدمة إذاعية يستقبلها الجمهور [....]،خدمة مدنية: العمل في الإدارات الحكومية عدا العسكرية منها، في الخدمة: مازال يعمل ولم يتقاعد بعد ، في خدمتك:تعبير مجاملة عند عرض المساعدة، قدم له خدمة/أسدى له خدمة:ساعده، لخدمة أغراض ذاتية: لتحقيق منافع شخصية، وزارة خدمات: مثل النقل والكهرباء والماء." [2]

[1] المنجد في اللغة العربية المعاصرة،أنطوان نعمة،دار المشرق بيروت،طبعة أولى،2000.
[2] المعجم العربي الأساسي، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ،لاروس،1989.

ب- مفهوم الخدمات اصطلاحا

"تباينت وجهات نظر الكتاب في تحديد مفهوم الخدمة وتعددت بناء على ذلك المفاهيم التي تناولت هذا الجانب، بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي مع السلع المادية(مثل إيجاد العقار والخدمات الفندقية...) بينما تمثل خدمات أخرى أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة(مثل الصيانة)، هناك أنواع من الخدمات تقدم مباشرة، دون ارتباطها بسلعة ما (مثل الخدمات الصحية، التأمين...).

هذه المزايا المتعددة أخضعت مفهوم´ الخدمة` لتفسيرات عديدة، فقد عرفتها **جمعية التسويق الأمريكية** بأنها:" [1] "«عبارة عن الأنشطة أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تقدم مرتبطة مع السلع المباعة»"[2]. يلاحظ من هذا التعريف أنه لم يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة وأن الخدمة قد تكون مرتبطة بالسلع المادية.

أما **Gronroos** فقد عرفها: "أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك و موظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو ا لأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل"[3]
ويلاحظ من هذا التعريف أنه قد ركز على خصائص الخدمة من حيث كونها غير ملموسة وهي موجهة لإشباع حاجات المستهلك.

أما **Stanton** فقد عرفها على أنها: "هي النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة.أي أن إنتاج أو تقديم خدمة كعينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية"[4]. هذا التعريف ركز كذلك على عدم ملموسية الخدمة من جهة وأن الخدمة قد تكون منفصلة عن السلعة.

أما **Kotler** فقد عرفها "على أنها أي نشاط أو فائدة يمكن لأحد الأطراف أن يقدمها لطرف آخر، وهي أساسا غير ملموسة ولا تؤدي إلى تملك أي شيء ملموس. وقد يرتبط إنتاجها أو لا يرتبط بمنتج مادي"[5] . لقد أكد هذا التعريف على أهم خاصية للخدمة وهي عدم ملموسيتها والتي تميزها عن السلع المادية بالإضافة إلى عدم نقل الملكية للعميل.

---

[1] محمود جاسم محمد الصميدعي:مداخل التسويق المتقدم،دار زهران،عمان،1999،ص.213.
[2] المرجع نفسه،ص.213،نقلا عن:.Buell, Marketing Management, A strategic planning approach, MC Graw-Hill,1985
[3] هاني حامد الضمور: تسويق الخدمات،دار وائل للنشر،الطبعة الثانية،عمان،الأردن،2004،ص.17.
[4] بشير عبا العلاق،حميد عبد النبي الطائي: الخدمات- مدخل استراتيجي،وظيفي،تطبيقي دار زهران للنشر والتوزيع،عمان،1999،ص.37.
[5] عصام الدين أمين أبو علفة: التسويق(المفاهيم-الإستراتيجيات) النظرية والتطبيق،جزء أول أساسي،مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع،الإسكندرية،2002،ص.473.

ج- المفهوم الإجرائي للخدمات

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الخدمات من الناحية التسويقية بأنهـا عبـارة عـن تصرفات أو أنشطة تقدم من طرف إلى طرف آخر من أجل تلبية رغباته،وهذه الأنشطة تعتبـر غيـر ملموسة،ولا يترتب عليها نقل ملكية أي شيء بل يحصل من ورائها على منافع أو فوائد،كما أن تقـديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بسلعة مادية ملموسة.

2/ خصائص الخدمات

عموما إن الخدمات غير ملموسة و الطبيعة غير الملموسة للخدمات هي الأكثـر هيمنـة فـي تعريف الخدمات وإذا وضعنا جانبا العنصر المشترك في تكوينها و هو عنصر عدم الملموسية، فـإن للخدمات خصائص أخرى تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة، والتي يمكـن أن تـؤثر فـي تصميم البرامج التسويقية وصياغة الاستراتيجيات والـسياسات التـسويقية للخـدمات. وفيمـا يلـي استعراض لأهم هذه الخصائص:

أ- اللاملموسية:Intangibility

أن تكون الخدمة غير ملموسة، يعني ذلك أنها في العادة لا تعرض على الرفوف، وليس لهـا جانب مادي يمكن رؤيته أو معاينته أو لمسه أو تذوقه قبل اتخاذ قرار الشراء، وهـي بـذلك تخـالف المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختيار خواصها بشيء من التمعن بسبب خصائـصها الماديـة، وهذه الخاصية تجعل عامل المخاطرة ملازمة للمنتجات الخدمية. وحتى يتم تقليل الغموض حول قيمـة الخدمة يبحث المستهلك عن ما يطمئنه عن الخدمة وبوسائل عدة من خلال عدة مؤشرات مثل السعر و المعدات المستعملة، والاتصال بمن سبق لهم أن استفادوا من هذه الخدمة.

ويرى باتسون Bateson أن اللاملموسية هي الخاصية التي تنفرد بها الخدمات عـن الـسلع وأن اللاملموسية تشمل كل من الملموسية الواضحة(أي التي لا يمكن لمـسها مـن قبـل المـستهلك) والملموسية الذهنية (أي من الصعب على المستهلك أسرها ذهنيا)، وهو بذلك يرى أن هاتين الخاصيتين هما المسؤولتان عن بعض السمات التي تميز الخدمة عن السلعة([1]):

أولا: الخدمات غير قابلة للمس.

ثانيا: صعوبة تنيط الخدمات.

ثالثا: تلازمية الإنتاج و الاستهلاك.

[1] هاني حامد الضمور،المرجع السابق،ص.23.

رابعا: استحالة جرد أو تخزين الخدمة.

خامسا: تسويق الخدمات لا تتضمن عملية انفصال الملكية.

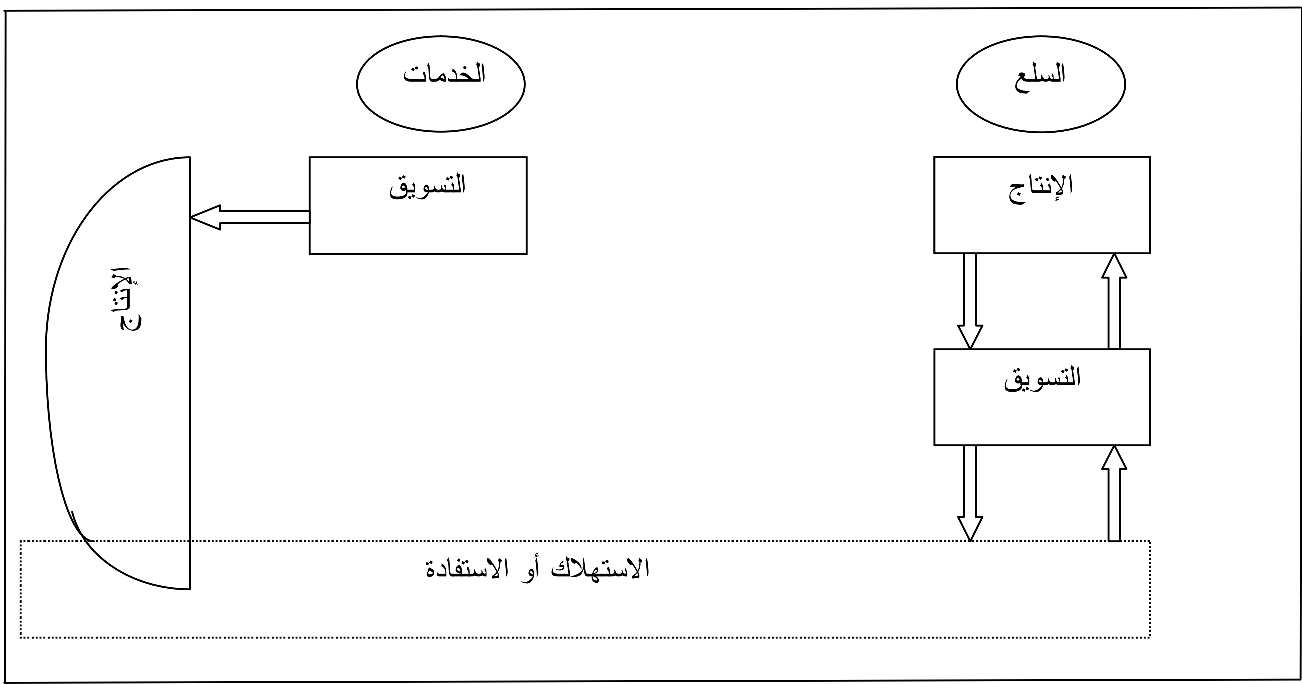
سادسا: تباين دور الوسطاء في تسويق الخدمات عنه في تسويق السلع.

سابعا: العميل جزء من عملية الإنتاج، فإما أن يأتي العميل إلى موقع مقدم الخدمة وإما أن يذهب مقدم الخدمة إلى العميل(المستهلك).

ب - التلازمية (عدم الانفصال) Inseparability

والخاصية الثانية من خصائص الخدمات هي التلازمية التي تعني درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أي من الصعب فصل الخدمات عن مقدمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها، لذلك فإن أداء خدمة معينة قد يحدث جزئيا أو كليا في لحظة وقت استهلاكها، فالسلع تنتج وتباع وتستهلك، أما الخدمات فهي تباع ومن ثم تنتج وتستهلك وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بخلاف ما عليه في المنتجات الملموسة. والشكل الموالي يبين العلاقة بين الإنتاج و الاستهلاك للسلع والخدمات.

الشكل(1): العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع و الخدمات



المصدر: د.زكي خليل المساعد:تسويق الخدمات وتطبيقاته،دار المناهج، الطبعة الأولى،عمان،الأردن،2003، ،ص.50.

ويترتب على خاصية التلازمية ما يلي[1]:

أولا: يكون تقديم الخدمة في الوقت الذي تطلب فيه.

ثانيا: التوزيع المباشر هو الأسلوب الجيد الذي يمكن استخدامه في توصيل هذا النوع من الخدمات إلى طالبيها ويسمى هذا الأسلوب: سياسة اللاوسيط zero-level channel، التي تعني أن منتج أو مقدم الخدمة هو الذي يتولى القيام بأعمال التوزيع وأنشطته.

ثالثا: تكون العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها قوية ووطيدة.

رابعا: ومن نتائج التلازمية في أداء الخدمات زيادة درجة الولاء إلى حد كبير، أي أن المستهلك يصر على طلب الخدمة من شخص معين أو مجموعة أشخاص معينة الذين تعود الحصول على تلك الخدمة منهم، ولذلك فإن مقدمي الخدمات يعملون جاهدين في الوقت الحاضر لكي يخلقوا لخدماتهم درجة عالية من المكانة و قدرا كبيرا من التميز لدى المستهلكين مما يجعل مهمة المنافسة في اختراق ولاءاتهم مهمة صعبة بل عسيرة.

خامسا: العلاقات الشخصية personal relationship ذات أهمية كبيرة ولها دور فاعل في الترويج للخدمات التي تتطلب حضور المستفيد إلى أماكن تقديم الخدمات، أما دور الإعلان في هذا المجال فيكون محدودا في أغلب الحالات. ويعود السبب في كل ذلك إلى القناعة و الثقة الكبيرتين في الكلمة التي يسمعها طالب الخدمة من أصدقائه ومعارفه مقارنة بالمعلومات التي ينشرها مقدمو الخدمات عن طريق وسائل الإعلان المختلفة، أي أن الاتصال الشخصي أصبح له أهمية كبيرة في ترويج الخدمات وتأكيدا لذلك فقد لاحظ كثيرون من مقدمي الخدمات أن عددا كبيرا من زبائنهم الجدد قد جاؤا بناءا على توصية أحد الأشخاص الأمر الذي دفع بهم إلى وضع كتابات و لافتات عديدة تؤكد أهمية هذا الأسلوب في ترويج الخدمات، حيث كتب أحد البنوك وفي مكان بارز: إن أرضيناك فتحدث عنا ، وإن لاحظت قصورا فتحدث لنا.

وبذات المعنى كتب أحد أطباء الأسنان في مكان بارز من عيادته:

Satisfied customers are our best customers.

If you are happy with us, tell your friends[2].

---

[1] محمد صالح المؤذن،مبادئ التسويق،دار الثقافة، لطبعة الأولى،عمان،2002،ص.223.

[2] المرجع نفسه،ص.225.

سادسا: ومن نتائج التلازمية أن أصبحت الأجواء و البيئة المادية مثل المكان، نظافتـــه، ســـعته، تنظيمه، والأثاث، المعدات والعاملين وهيأتهم وغيرها والتي تخلق الصورة الذهنية التي تتولد لـــدى الزبون ذات أهمية كبيرة في حث المستهلكين على طلب تلك الخدمات.

سابعا: ومن النتائج الأخرى التي تترتب على ضرورة حضور المستفيد إلى أماكن تقديم الخدمات، التي هي بالأساس خدمات يؤدي فيه العنصر البشري دورا كبيرا بل أساسيا إن كانت نسبة الخطـــر مرتفعة كما هو الحال في الخدمات الطبية مقارنة بتلك الخدمات التي يتم تقديمها بواسطة المكـــائن والآلات المسيرة ذاتيا.

ج- عدم تجانس الخدمة Heterogeneity

تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعوبة افتـــراض أن مخرجـــات المنظمات الخدمية للمستهلك تتم بنفس المستوى و النوعية، لأن جودة الأداء يعتمد إلى حد كبير على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانـــا، كمـــا أنهـــا تختلف من شخص لآخر كما أن الخدمة تتأثر بأداء مقدم الخدمة و مستهلكها في نفس الوقت([1]).

لذلك تسعى الشركات المقدمة للخدمات لتحقيق نوع من المساواة في الخدمة المقدمة من خلال:

أولا: اختيار الكفاءات المرتفعة للعمل بها و إعداد البرامج التدريبية اللازمة لذلك حتى يمكنهم تقـــديم مستوى خدمة موحد.

ثانيا: وضع نظام خاص برضاء المستهلكين يعتمد على تلقي شكاوي واقتراحات العملاء وتحليلهـــا بالإضافة إلى الدراسات الميدانية الخاصة بالتعرف على اتجاهاتهم ومقترحاتهم الخاصة بالخدمة.

د - الهلامية والفناء(تلاشي الخدمة) Perishability

العديد من الخدمات ذات طبيعة هلامية أي غير قابلة للخزن، فكلما زادت درجة اللاملموســـية للخدمات انخفضت فرصة التخزين وهذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو بشكل كامل فـــي المنظمات الخدمية، ويمكن اعتبار ذلك نوعا من الايجابية نظرا لتفادي تكاليف التخزين وغيرهـــا، إلا أن ذلك قد يخلق مشاكل وتعقيدات بالنسبة للمنظمات الخدمية وهذا من خلال تقلبـــات الطلـــب علـــى خدماتها.

---

[1] عبد الجبار منديل:أسس التسويق الحديث،الدار العلمية الدولية،الطبعة الأولى،عمان،2002،ص.271.

ولهذا فان أسعار الخدمة في فترة الرواج تكون مرتفعة ثم تبدأ في الانخفاض بشكل حاد نظـــرا لأنها في غير موسمها، ففي دورة الألعاب الأولمبية على سبيل المثال التي أقيمت بأسبانيا عام 1992 ارتفعت أسعار غرف أحد الفنادق لتصل إلى 5500 دولار للفرد الواحد/لمدة أسبوع، ولهذا فان بعض المنظمات تعرض خصومات كبيرة على أسعار خدماتها في فترة الكساد[1].

و لتلافي مثل هذه الصعوبة وصف ساسر Sasser عدة استراتيجيات لتحقيق نوع من التوافق الأفضل بين الطلب والعرض في المنظمات الخدمية[2] :

أولا: من ناحية الطلب: يمكن استخدام الاستراتيجيات التالية:

- **التسعير المتباين**: ويتمثل في تحديد أسعار مختلفة للخدمة باختلاف أوقات الطلب فتحدد أسعار أعلى لسعر الخدمة عند ساعات الذروة وأسعار أقل عند الأوقات العادية ومن ثم تخفيف العـــبء على وسائل تقديم الخدمة.
- **تقديم خدمات مكملة**: وذلك من خلال توفير بدائل لراحة العملاء خلال فترة الذروة مثل توفير استراحات وأماكن الانتظار وتوفير وسائل التسلية حتى موعد حصولهم على الخدمة.
- **نظم الحجز**: وتعد هذه طريقة لإدارة مستوى الطلب وتستخدم بكثرة بواسطة شركات الطيـــران والفنادق والأطباء.

ثانيا: من ناحية العرض: يمكن استخدام الاستراتيجيات التالية:

- يمكن تشغيل قوة عمل إضافية خلال فترات الذروة كما هو الحال في المطاعم وشركات النقل.
- تنظيم إجراءات استخدام الكفاءة وقت الذروة أي يقتصر أداء العاملين على الإجراءات الضرورية عند طلب الخدمات وترك ما لا يؤثر على كفاءة تقديمهم للخدمة ولا جودتها.
- تشجيع طالبي الخدمات على زيادة مساهمتهم في أدائها مثل وضع محطات البنزين كخدمة ذاتيـــة أي يقم مالك السيارة بنفسه بتزويد سيارته بالبنزين.
- تطبيق نظام المشاركة في الخدمات.
- الحصول على تسهيلات تجعل التوسع المستقبلي ممكنا مثل إمكانية توسيع المطـــارات لتـــستقبل اكبر عدد من الطائرات.

---

[1] شفيق حداد،نظام سويدان:أساسيات التسويق،دار الحامد،الطبعة الأولى،عمان الأردن،1998،ص.253.

[2] Philip Kotler, B.Dubois:Marketing Management,Publi-Union,10Edition,Paris,2000,P.247.

هـ – الملكية Ownership

إن عدم انتقال الملكية في الخدمات تمثل خاصية واضحة بين السلع المادية والخدمات، فبالنسبة للسلع المادية يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة المادية بشكل كامل وله الحق في خزنها أو حتى في إعادة بيعها عند انقضاء الحاجة منها أو ظهور رغبة التجديد والتغيير، فالعملية تتم بالشراء ثم بالبيع لاحقا عند ظهور حاجة أخرى، هذا الأمر مختلف بالنسبة للخدمة التي ليس لها صفة التملك ويرجع السبب في ذلك إلى الخاصيتين الأولى والرابعة([1])، فالمستفيد أو الزبون قادر فقط على الحصول على الخدمة واستخدامها شخصيا لفترة معينة في كثير من الأحيان دون أن يمتلكها وإن ما يدفعه المستفيد يكون لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة التي تلقاها.

3/ أهمية الخدمات

أصبح الاهتمام بقطاع الخدمات من الظواهر الحديثة في الاقتصاديات العالمية بعد أن كان الاهتمام ينصب طيلة الفترة الماضية على القطاعات السلعية الزراعية و الصناعية، والتي كان ينظر إليها سواء على مستوى الدول أو المنظمات بأنها القطاعات الجديرة بالاهتمام والتي يمكن لها بالتالي أن تشكل الأساس السليم للتطور، كما كانت النظرة إلى مؤسسات الخدمات على أنها منظمات هامشية لذلك لم تحظ بالاهتمام الكافي. أما وفي ظل اقتصاد المعرفة وعصر العولمة فقد تعاظم دور صناعة الخدمات في التنمية الاقتصادية وهذا من خلال خلق فرص للعمل، زيادة الدخل القومي، المساهمة في إعادة توزيع الثروة وكذلك بناء وخلق قطاعات اقتصادية متعددة.

بالإضافة إلى ذلك فقد أصبح قطاع الخدمات يشكل 60 % إلى 70 % من ذلك الناتج في الاقتصاديات المتقدمة، وأكثر من 50 % في الاقتصاديات النامية الأمر الذي يؤكد مدى التوسع المتوقع في التجارة الدولية المتعلق بتحرير تجارة الخدمات التي تشكل حاليا أكثر من 20 % من حجم التجارة الدولية بمبلغ يزيد عن 1200 مليار دولار([2]).

كما تزايدت الأهمية الكبيرة للخدمات وأصبحت تحتل دورا مهما في حياة المجتمع و تساهم في رفاهيتهم واستقرارهم، فما من شك أن الجميع يحتاج ويعتمد على الخدمات بشكل أو بآخر في الحياة اليومية، من صحة وكهرباء ومواصلات وبريد وتعليم وخدمات مالية وغيرها. ولعل من أكثر

[1] سعيد محمد المصري:إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية،الدار الجامعية،الإسكندرية،2002،ص.168.
[2] صالح صالحي:الأثار المتوقعة لانضمام الجزائر إلى المنظمة العالمية للتجارة ودور الدولة في التأهيل الاقتصادي،مجلة العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة فرحات عباس،سطيف،الجزائر،ص.45.

المؤشرات دلالة على أهمية الدور الذي تلعبه صناعة الخدمات في الاقتصاد القومي لأي بلد هو نسبة القوى العاملة في صناعة الخدمات، حيث أشارت التقارير إلى أن هذا القطاع كان يستحوذ على 20% من مجموع القوى العاملة في العالم وذلك 1965، وارتفعت النسبة إلى ما يقارب 30% في الفترة ما بين 1989-1991. وفي الدول المتقدمة كانت النسبة في الفترتين42% و67 % على التوالي([1]). لقد حدث ذلك من جراء بروز معطيات وتفعيل تأثيرات سببها أساسا التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل من جهة وكذلك التحولات المثيرة في الهيكلة الاقتصادية الدولية من جهة أخرى. ومن العوامل الأخرى التي ساهمت في نمو الخدمات –قطاع الخدمات- ما يلي([2]) :

أ- **ارتفاع في مستوى الحياة**: ارتفاع مستوى الدخول في الكثير من دول العالم حيث جعلت هذه الدخول الإضافية additional money الإنفاق على الكثير من الخدمات أمرا ممكنا وميسورا وخاصة تلك الخدمات التي تجعل من الحياة أكثر متعة وإشراقا.

ب- **التغير في الاتجاهات-المواقف-**: حيث حدث تشبع المستهلكون من السلع المادية باختلاف أنواعها، فكلما تقدمت المجتمعات كلما تقلصت المنفعة الحدية الناشئة من الزيادات الإضافية في المنتجات، وقد اشتهر هذا الانخفاض في الرغبة لحيازة سلع أكثر في السنوات الأخيرة بسبب ردود الفعل الحاصلة ضد الفكرة المادية في الحياة التي تعيشها، وأخذ البحث عن التجارب والنشاطات الأكثر حيوية بالبروز والتصاعد، حيث تعتبر الاستفادة من الخدمات صفة يحددها الوقت، كالتعليم وممارسة السفر والاشتراك في الألعاب الرياضية وعلى العكس من ذلك من النادر أن نعتبر استهلاك أكثر المنتجات الملموسة تعتمد على الوقت.

ج- **البحث عن الفعالية**: أي الفوائد الناجمة عن التخصص لذلك تقوم المنظمات الصحية والتعليمية بإحالة مسؤولية التزود بالغذاء والسكن إلى منظمات خدمية متخصصة وتقوم المنظمة الخاصة بالأعمال بإناطة عمليات الإعلان إلى وكالة متخصصة في نشاط الإعلان.

د- **تعقيدات الحياة المعاصرة**: مزيج من فعل التطور التقني السريع والانفجار الحاصل في مجال المعرفة أدى إلى تركز جل اهتمام منظمات الأعمال في الأزمات اليومية التي تواجه المنظمة والرغبة في إحراز النجاح القصير الأمد، لأجل أن تحتفظ بالمكان المناسب، وتخطو نفس الخطوات التطويرية

---

[1] نجم عبود نجم:إدارة الخدمة: المراجعة والاتجاهات الحديثة،مجلة الإدارة العامة،معهد الإدارة العامة،الرياض أوت 1998،ص263.

[2] René Y.Darmon, Michel Laroche, John V.Petrof: Le Marketing fondements et applications, McGraw-Hill, 2Edition, Québec, Canada, P547, 548.

التقنية والمعرفة الجيدة، أخذت منظمات الأعمال والمنظمات التي لا تهدف إلى الربح بالالتجاء إلى منظمات الخدمات والتي لا تملك إلا المعرفة وهي المنظمة الخاصة بالاستشارات.

هـ- تقديم منتجات جديدة: الزيادة في عدد السلع التي تحتاج إلى خدمات وكذلك الزيادة في درجة تعقيدها. فسلع مثل الكومبيوتر والانترنيت وأنظمة الأمان إن هي إلا سلع تتطلب خدمات متخصصة سواء أكان ذلك من قبل استعمالها أو أثناءه، مثل التركيب والصيانة والتدريب.

4/الخدمة الجوهر والخدمات التكميلية الداعمة

كما استعرضنا في المطلب الثاني أن الخدمة تتألف من حزمة من الخصائص والتي تتعلق بعملية إنتاج الخدمة ونتائج العملية، إلا أنه لا وجود لأي منها قبل مبادرة العميل في عملية الخدمة التي تنتج فيها الخدمة. لهذا يتوجب أن نفهم بالضبط المقصود بالخدمة الجوهر التي تقدم للزبائن وكذلك الخدمات التكميلية الداعمة للجوهر والتي من خلالها تستطيع المنظمات الخدمية التميز في تقديمها للخدمة إذا كان بإمكانها إشباع الحاجات و الرغبات للزبائن و تحقيق رضاهم. ولتوضيح معنى الخدمة فان الخدمة في الأساس هي عبارة عن حزمة من النشاطات المؤلفة من الجوهر كخدمة والتي تتكون مثلا في نقل الرسائل والطرود وتسليمها خلال أوقات محددة والخدمات التكميلية الداعمة لهذه الخدمة الجوهر والتي تتمثل في استلام الطلبيات من خلال الهاتف وتوفير الغلاف وتوفير وثائق الشحن و إرسال الفواتير ومتابعة خدمة الزبائن وحل مشاكلهم([1]).

أ- مفهوم حزمة الخدمة

يتألف نموذج حزمة الخدمة من حزمة-مجموعة- متنوعة من الخدمات الملموسة وغير الملموسة والتي معا تشكل الخدمة، وأن هذه الخدمة تصنف إلى قسمين:الخدمة الأساسية(الجوهر) the main service or core service والخدمات المساعدة أو الإضافية Auxiliary services or Extras والتي أحيانا تسمى بالخدمات المحيطة أو الخدمات التسهيلية. لذلك فإن الخدمة لا تباع كجوهر فقط بل تباع معها حالات الرضا والإشباع والسعادة التي تحيط بالخدمة، وعليه فإن التميز في الخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر هو الضمانة الأكيدة وسر النجاح والنمو للكثير من المنظمات الخدمية، أي أنها أصبحت معيارا للقياس والحكم على كفاءة وفعالية هذه المنظمات على اختلاف أنواعها.

[1] نظام موسى سويدان، شفيق إبراهيم حداد: التسويق:مفاهيم معاصرة،دار الحامد،عنان،الأردن،2003،ص.228.

ب - التمييز بين الخدمة الجوهر والخدمات التكميلية

إن الكثير من منظمات الخدمة تقدم لعملائها حزمة -مجموعة- من المنافع تتضمن تسليم الخدمة الجوهر، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر والتي تميزها عن بقية المنظمات الأخرى المنافسة لها.

أولا: الخدمة الجوهر

يمكن تعريفها بأنها الهدف الرئيسي الذي جاء من اجله الزبون إلى المؤسسة الخدمية وبعبارة أخرى فإن الخدمة الجوهر هي تلك الخدمة التي ستشبع الرغبة الأساسية للزبون، فالقصد من الذهاب إلى الفندق مثلا هو حجز غرفة للإيواء(النوم) كجوهر الخدمة، أما خدمة الاستقبال وخدمة الغرف وخدمات الطعام وحراسة المبنى ليست الهدف الأول للزبون وإنما هي خدمات مساعدة أو محيطية في حزمة خدمة الإيواء.

ثانيا - الخدمة التكميلية

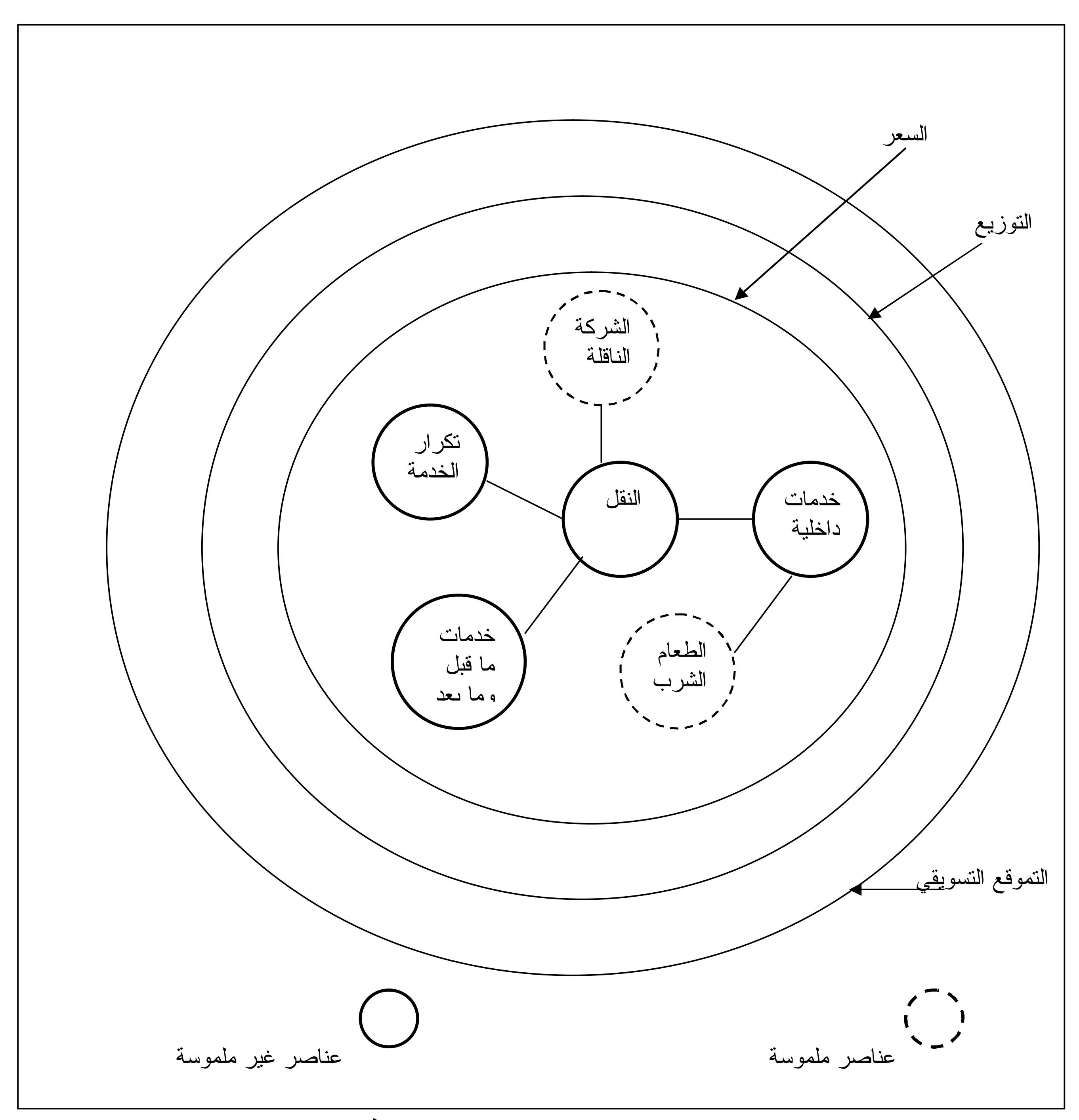
هي خدمة ذات أهمية اقل من الخدمة الجوهر، وهي في الوقت ذاته عبارة عن دعم وإسناد للخدمة الجوهر لكن غيابها لا ينفي وجود أو تواجد الخدمة الجوهر، فمثلا الخدمة الجوهرية للفندق هي الإيواء، أما الخدمات التكميلية الداعمة لها فهي الخدمات الترفيهية وخدمات اللياقة وقاعات الرياضة وخدمات حمام السباحة وغيرها. و في الواقع فإن هذه الخدمات التكميلية الداعمة لا تشكل السبب أو الدافع الرئيسي الذي جاء من أجله الزبون إلى الفندق، حيث يمكن الاستغناء عنها جميعا دون أن يفقد الفندق دوره الرئيسي الذي وجد من أجله ألا وهو توفير الخدمة الجوهر والمتمثلة في الإيواء(النوم). لكن تجدر الإشارة أن بعض الخدمات التكميلية الداعمة قد تصبح هامة وضرورية المنظمة الخدمية، وهذا من أجل الوصول إلى الخدمة الجوهر، كنظام الحجز حيث لا يمكن قضاء ليلة في فندق ما لم تتم عملية الحجز، أما بقية الخدمات التكميلية فكما اشرنا إليه أن غيابها لا ينفي تواجد الخدمة الجوهر ولكن تواجدها يكسب الخدمة الجوهر أكثر أهمية وتحسن من جودتها.

وللتمييز بين الخدمة الجوهر والخدمات التكميلية الداعمة فقد اقترحت شوستاك(Shoestack) سنة 1988 نموذجا جزئيا(Molecular Model) يمكن تطبيقه على السلع والخدمات معا، وقد استعارت مفرداته من علم الكيمياء لمساعدة المسوقين على تصور ما أسمته"بالكيان الشامل للسوق" Total Market Entity أي أن هذا النموذج يساعد بشكل أدق على التمييز بين العناصر الملموسة

والعناصر غير الملموسة التي تشملها عملية تسليم الخدمة الجوهر[1]، وأول ما طبق هذا النموذج كـــان على خدمة الطيران، فالعناصر غير الملموسة تتضمن النقل نفسه، تكرار الخدمة والخدمات المقدمة قبل وأثناء الرحلة وما بعد الرحلة أما العناصر الملموسة فهي تشمل الطائرة نفسها والطعام والشراب المقدم للمسافرين. تقول شوستاك في هذا الصدد انه كلما ازدادت درجة هيمنة العناصر غير الملموســـة فـــي تقديم الخدمة الجوهر زادت درجة حاجة المسوق إلى تقديم أدلـــة وحقـــائق ملموســـة تتعلـــق بمزايـــا ومواصفات الخدمة الجوهر باعتبار أن العميل يرغب في الحصول على شيء ملموس يؤكد له على أنه يستفيد فعليا من الخدمة الجوهر. والشكل الموالي يوضح النموذج الجزيئي:

Rom Markin:Marketing:strategy and management, John Willey & Sons, Inc, New York, U.S.A, 1982, P .517 ,518.

الشكل(2): النموذج الجزيئي لشوستاك



المصدر:د.هاني حامد الضمور:مرجع سبق ذكره،ص.171.

حيث أن نقطة الارتكاز للدائرة تمثل المنفعة الأساسية (الخدمة الجوهر) التي توجه لإشباع الحاجة الأساسية للعميل وترتبط بحزمة من العمليات الخدمية الأخرى(الخدمات التكميلية الداعمة) ويشبه هذا النموذج تقريبا ما يحصل في المعادلة الكيميائية والتي بتغير إحدى خواص عناصرها قد تغير تماما الطبيعة الكلية للخدمة.

ج- تصنيف الخدمات التكميلية

عادة ما تعمد الكثير من المنظمات إلى تصنيف الخدمات التكميلية في مجموعات من أجل اختيار المجموعة أو المجموعات التي تلبي رغبات العملاء المستهدفين من الخدمة أو الخدمات التي تعرضها، ويساعد هذا التصنيف منظمة الخدمة على تركيز جهودها التسويقية على المجموعات الأكثر أهمية و تفضيلا من قبل العملاء، ومن ثم معرفة ردود فعل العملاء حول كل مجموعة من الخدمات التكميلية قصد الاستفادة منها وبالتالي إعادة تعديل أو حذف ما يمكن حذفه منها عند الضرورة.

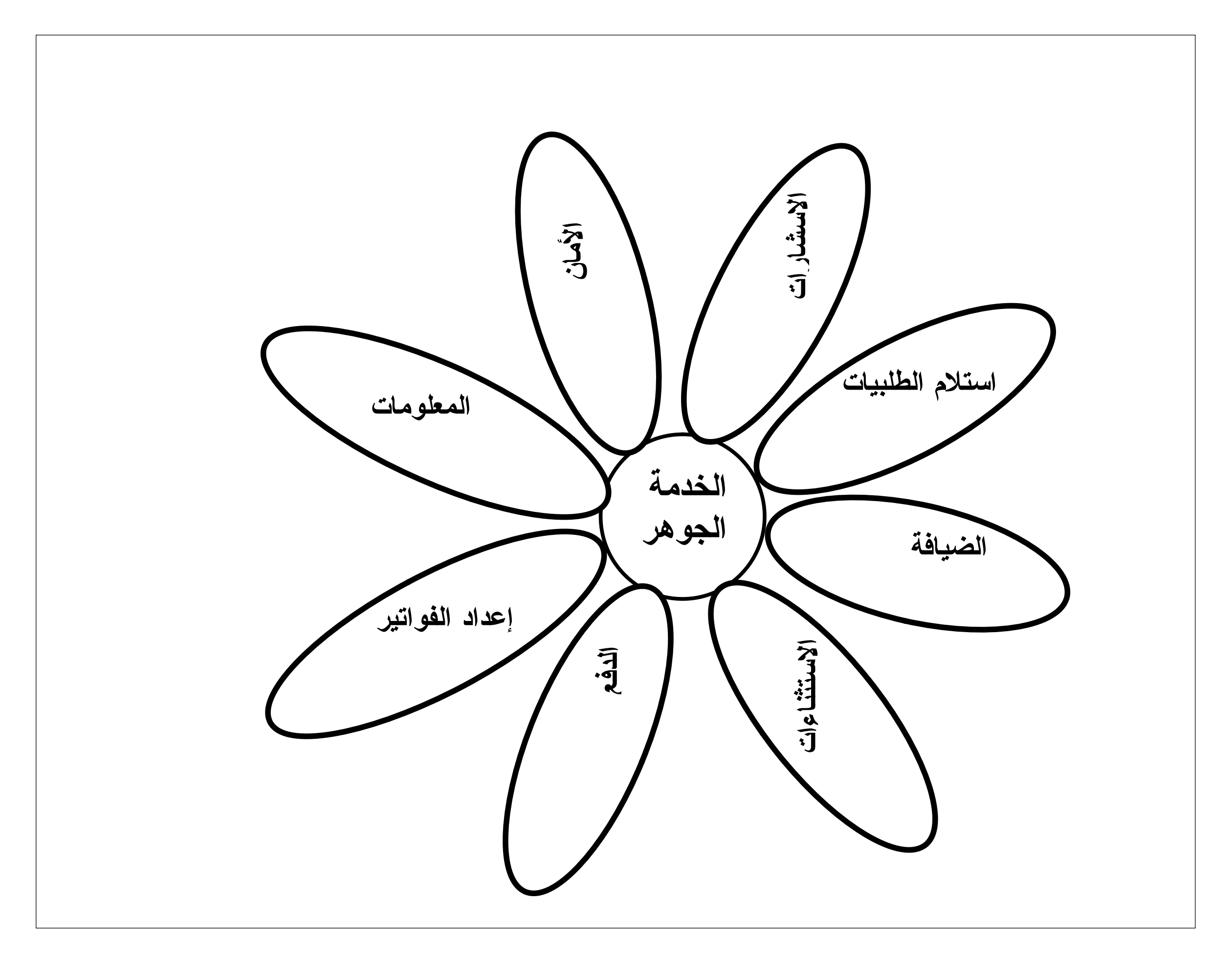
ومن أجل تصنيف الخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر اقترح لوفلوك lovelock نموذج أطلق عليه تسمية "زهرة الخدمة" Flower of Service حيث يمثل قلب الزهرة الخدمة الجوهر التي تكون محاطة بثمانية بتلات التي تمثل الخدمات التكميلية وهي كالتالي:

- المعلومات Information.
- حماية ممتلكات العميل Safekeeping.
- تقديم الاستشارات Consulting.
- الاستثناءات Exceptions.
- استلام الطلبيات Taking-Order.
- إصدار الفواتير Billing.
- الضيافة Hospitality.
- الدفع Payment.

والشكل الموالي يوضح ذلك:

الشكل(3):

زهرة الخدمات:الخدمة الجوهر والخدمات التكميلية



المصدر:د.هاني حامد الضمور:المرجع السابق،ص.173.

ففي المنظمات الخدمية المصممة والمدارة بصورة جيدة فإن البتلات والزهرة تكون متفتحة ونضرة. أما في المنظمات الخدمية غير المسيرة جيدا فإن الزهرة تكون ذابلة وكذلك بتلاتها. كما أنه ليس بالضرورة أن تحاط الخدمة الجوهر بكل العناصر التكميلية من المجموعات الثماني، بل مرد ذلك إلى طبيعة الخدمة الجوهر التي تساعد في تحديد أي من الخدمات التكميلية الداعمة لها والتي تساعد في تعزيز قيمة الخدمة الجوهر، ولذلك فإن الخدمات ذات الاتصال العالي تحتاج إلى خدمات تكميلية أكثر

من الخدمات ذات الاتصال المنخفض. وفيما يلي استعراض للمجموعات الثمانية كما وصفها **لوف لوك**([1]) :

أولا - المعلومات: لكي يحصل العملاء على قيمة كاملة من الخدمة الجوهر فإنهم يحتاجون للمعلومات المتعلقة بها. لذلك فإن العملاء الجدد أو المتوقعون بحاجة ماسة أحيانا إلى معلومات، ومن هذا المنطلق فالمنظمات المتحمسة عن خدماتها تتولى في الغالب مسؤولية تثقيف العملاء وتزويدهم بالمعلومات الضرورية عن الخدمة الجوهر وأي الأماكن التي تتوفر فيها وكيفية الحصول عليها والتعرف على مزاياها وشروط الاستعمال والشراء وغيرها من المعلومات المتعلقة بها، وهذا من اجل الحفاظ على عملائها الحاليين وجذب عملاء آخرين. ومن الوسائل المستخدمة في ذلك رجال البيع و النشرات و الملصقات والمشاركة بالمعارض التجارية والانترنيت وغيرها، وقد يتطلب الأمر إنشاء أقسام متخصصة لخدمة العملاء للرد على استفساراتهم وإرشادهم وحل مشاكلهم.

ثانيا - استلام الطلبيات: عندما يكون العميل مستعدا للشراء، فإن الخدمة التكميلية التالية التي يلعبها مقدم الخدمة هي استلام وقبول الطلبيات و الحجوزات. تعمل بعض منظمات الخدمات على بناء علاقة رسمية عضوية مع العملاء كالبنوك وشركات التأمين والطيران وغيرها، كما تتطلب عملية الانتساب إلى عضوية مثل هذه المنظمات تعبئة طلب(استمارة مخصصة لهذه الغاية) فالمرشح فقط الذي يحصل على بطاقة عضوية المنظمة هو الذي يكون قادرا على الاستفادة من خدماتها، إلا أن أهم ما يؤخذ على هذه العملية هي أنها روتينية وإجراءاتها طويلة وقد تأخذ وقتا أكبر من اللزوم أما الحجوزات فتمثل نوعا خاصا من خدمة استلام الطلبيات التي تؤهل العملاء للحصول على نوع محدد من الخدمة كحجز مقعد على الطائرة أو مسرح أو ملعب أو غرفة في فندق وغيرها.

ثالثا - إعداد الفواتير: إن جميع منظمات الخدمة تقوم بإعداد الفواتير التجارية باستثناء الخدمات التي تقدم مجانا. يتطلب إعداد الفواتير أن تكون دقيقة و صحيحة ومطابقة لقيمة الخدمة المقدمة أما عكس ذلك فيؤدي إلى تذمر وسخط العملاء أحيانا، كما يجب إعداد الفواتير بالوقت والسرعة المطلوبين حيث أن التأخير في إعدادها يؤدي إلى ظهور نفس الحالة لدى العملاء خصوصا الذين على عجلة من

[1] Christopher Lovelock, Denis Lapert:Marketing des services, stratégie, outils, management, Publi-union Editions, Paris, 1999, P.255…261.

أمرهم، ولتسريع عملية إعداد الفواتير تلجأ بعض المنظمات الخدمية لإدخال أجهـزة وتقنيـات حديثـة تضمن السرعة والدقة في إعدادها.

رابعا - الدفع: في العديد من الحالات يتطلب من العميل عند استلامه للفاتورة التجارية أن يقوم بـدفع المبالغ المستحقة عليه. والاستثناء الوحيد لذلك هو قوائم كشوفات الحسابات التي ترسلها البنـوك إلـى عملائها والتي تتضمن تفصيلات عن قيمة المبالغ التي خصمت من حساباتهم، وعادة يتوقع العملاء أن تكون عملية الدفع سهلة وميسرة وتتميز بالائتمان عند شراء عند شراء الخدمة الجوهر.

خامسا - الاستشارات: تقدم الاستشارات بناء على طلب العملاء كاستجابة لاستفـساراتهم أو كحـل لمشاكلهم، لذلك تمثل الاستشارة الأسلوب الأفضل للعملاء لأنها تتضمن مساعدة لهم على فهـم أفـضل لظروفهم كما تشجعهم على اقتراح حلولا خاصة بهم ومن ثم فإن هذا المدخل ذو قيمة خدمية تكميلية.

سادسا - الضيافة: قد يتطلب الحصول على بعض الخدمات من العملاء الانتظار حتى يتم تـسليمها بصورة كاملة، لذلك تقوم المنظمات الناجحة إداريا بمعاملة العملاء كضيوف عليها خصوصا إذا تحـتم عليهم البقاء في مواقعها لفترة طويلة. وتعكس الضيافة الجيدة حسن الاستقبال للعملاء الجـدد والتحيـة والترحيب للعملاء الحاليين عند عودتهم للمنظمة مرة أخرى، كما تقدم بعض المنظمات خدمات الحماية و السلامة لعملائها وتوفر لهم أماكن خاصة لحفظ ممتلكاتهم، وتقدم هذه الخدمات أحيانا مجانا أو مقابل أجور زهيدة، ومثل هذه الخدمة التكميلية تخلق الانطباع الجيد عن المنظمة ودرجة اهتمامها وتعاطفهـا مع عملائها.

سابعا - الأمان: عندما يزور العملاء موقع الخدمة الجوهر فإنهم غالبا ما يحتاجون للمساعدة من أجل الحفاظ على ممتلكاتهم، وفي الواقع فإن الكثير من العملاء قد يقررون عدم المجـيء لموقـع الخدمـة لانعدام التسهيلات الخاصة بحماية ممتلكاتهم(مثل توفير مواقف آمنة للسيارات). وقد تشمل هذه الخدمة التكميلية على عناصر مثل خدمات إيداع الأموال أو خدمات رعاية الأطفال خلال عملية تقديم الخدمـة الجوهر.

ثامنا - الاستثناءات: تتضمن الاستثناءات مجموعة من الخدمات المساعدة التي تقع خارج نطاق الخدمات الروتينية المتعارف عليها، وفي العادة تقدم مثل هذه الخدمات في ظروف غير طبيعية وغير متوقعة من طرف الإدارة، إلا أن بعض المنظمات تستجيب لهذا النوع من الطلبات وخصوصا عندما يكون الظرف مناسبا. لذلك تقوم بعض المنظمات بوضع خطط لمثل هذه الحالات، وبهذا فإن وجود إجراءات محددة تسهل على العاملين في المنظمة تلبية طلبات العملاء بكفاءة وفاعلية. ومن أشكال الاستثناءات ما يلي:

- **طلبات خاصة**: قد تتطلب بعض الظروف لبعض العملاء الحصول على خدمات مفصلة حسب رغبته أو تسهيلات غير نمطية(ليست ضمن برنامج عمل المنظمة) ومثال ذلك توفير أماكن خاصة للأطفال في المطاعم أو القطارات وغيرها من أماكن الخدمة.
- **حل المشاكل**: قد تخفق أحيانا منظمة الخدمة في تسليم خدماتها إلى العملاء بالصورة المناسبة كالتأجير أو إخفاق تشغيل الأجهزة أو عدم قدرة العميل على الاستفادة من الخدمة لذلك تعمل المنظمات الناجحة على معالجة هذه الحالات بطريقة لا يتوقعها العملاء.
- **معالجة الشكاوي**: مثل هذا النشاط يتطلب إجراءات محددة بشكل واضح. عندما يريد العميل أن يعبر عن عدم رضائه أو شكواه يجب على مقدم الخدمة أن يعرض اقتراحه لحلها أو نقل تلك الشكوى إلى الجهة المعنية من اجل معالجتها بالسرعة المناسبة.
- **المرتجعات Restitution** : عند وجود مشكل حاد داخل منظمة الخدمة، فإن العملاء يتوقعون الحصول على التعويض من طرف المنظمة نظرا لفشلها في تقديم الخدمة، وقد يكون هذا التعويض إما عن طريق إعادة هذه الخدمة مرة أخرى أو تصليح ما يمكن تصليحه أو التعويض المادي أو توفير خدمة مجانية في المستقبل.

5/ عناصر النظام الخدماتي

يشمل النظام الخدماتي على العناصر التالية[1] :

- الزبون.
- الحامل المادي.
- المستخدمون المباشرون.
- الخدمة.
- نظام التنظيم الداخلي.

أ- الزبون

هو العنصر الأساسي للنظام، لأن حضوره ضروري وبدونه فالخدمة غير موجودة، ومثال ذلك هو تلك الغرفة المتواجدة في الفندق والتي لم تحجز طوال ليلة ما، فعدم حضور العميل أدى إلى عدم تواجد الخدمة بالرغم من وجود القدرات و الإمكانيات المتوفرة للخدمة.

ب- الحامل المادي

ويعني الحامل الضروري لإنتاج الخدمة الذي يستعمله سواء المستخدمون الذين هم في اتصال مباشر مع الزبون، أو الزبون نفسه، هذا الحامل المادي يمكن تقسيمه إلى قسمين:

أولا: الوسائل الضرورية للخدمة وتتمثل في الأثاث، والآلات وغيرها والموضوعة تحت تصرف المستخدمين والزبائن واستعمالها ينتج الخدمة.

ثانيا: المحيط المادي للخدمة ويتكون من كل ما يحيط بالوسائل مثل المباني، المحلات، الديكور...الخ.

ج- المستخدمون المباشرون

يشمل كل الأشخاص والموظفين من طرف المؤسسة الخدمية ومهمتهم الاتصال المباشر مع الزبائن، ومثال ذلك موظف الاستقبال في الفندق، أو مضيفة الطيران.

---

[1] Jean-Michel Tardieu, et autres:Marketing et gestion des services, Chiron, Paris, 2004, P.22.23.

د - الخدمة

الخدمة تمثل هدف ونتيجة النظام الخدمي، ومنه فالخدمة هي محصلة التفاعـل بـين العناصـر الثلاث الأساسية، التي هي:

أولا: الزبون.

ثانيا: الحامل المادي.

ثالثا: المستخدمون المباشرون.

هذه المحصلة تمثل الفائدة التي تشبع رغبات الزبون، وتحقق أهداف المنظمة الخدمية بالاستمرار في التواجد.

هـ- نظام التنظيم الداخلي

التنظيم الداخلي له تأثيرا مباشرا على الحامل المادي و المستخدمين المباشرين، أي بمعنى آخـر التسيير، وهو جميع الوظائف الكلاسيكية للمؤسسة من تسويق، مالية، موارد بـشرية، إداريـة...الـخ. وكذلك بعض الوظائف المختصة، والتي هي ضرورية لتحقيق الخدمة، مثل صيانة العتاد، التنظيف فـي الفندق.

المبحث الثاني: مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية

لا تقف عملية بناء الإنسان عند الجانب التعليمي بل تسبقه في جوانب التنشئة وتتلازم معه منذ ولادته وحتى مماته في جوانب الرعاية الصحية والتغذية، وفي توفير الأمن والاستقرار له لـذا يحتل قطاع الرعاية الصحية أهمية فائقة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسؤول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ولما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية.

من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها والعمل على تطوير مؤسسات الرعاية الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية، والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات في شتى مجالات الطب والمعالجة والوقاية وصحة البيئة، إيماناً بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات، كل بحسب طاقته ووفق قدراته.

1/ ماهية الصحة العامة

حينما نتناول قضية التنمية في العالم لابد أن نبرز الموقع الذي تحتله الصحة على خريطة التنمية، أي أن الصحة لا تنعزل عن عناصر التنمية نظرا للعلاقة الوثيقة و التفاعل الديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية وبين التنمية كهدف، لهذا تعتبر الصحة هدفا من أهداف التطور الاجتماعي والاقتصادي فهي حق أساسي لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة مهمة إلى جانب الوسائل الأخرى لبلوغ الأهداف المرجوة في تحقيق رفاهية الشعوب و المجتمعات.

لقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره، وفي تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرضى فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض. هذا المفهوم قد تغير في السنوات الأخيرة وخاصة منذ قيام منظمة الصحة العالمية، حيث اشتد الجدل حول تحديد "مفهوم الصحة " فكان الشائع بين الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة تعني«غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل»([1])، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرأ من

[1] د.عبد المحي محمود حسن صالح:الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي،دار المعرفة الجامعية،الأزاريطة،مصر،2003،ص.17.

الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح. ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمـــر المنظمـــة العالميـــة للصحة واعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج للداء.

أ- مفهوم الصحة العامة

أولا- مفهوم الصحة العامة لغة:

"يشير هذا المصطلح إلى طائفة واسعة من الأنشطة التي يجري تنظيمها على جميـــع مـــستويات المجتمع. وتستهدف هذه الأنشطة أن تحقّق، بطريق مباشر أو غير مباشر، تحـــسين صـــحة الـــسكان، بوقايتهم من المرض، أو إطالة أعمارهم، أو تعزيز صحتهم. ويمكـــن اســـتخدام مـــصطلح - الـــصحة العمومية - للإشارة إلى نظام من نُظُم الصحة العمومية. علماً بأن هذا النظام هو خدمة يموّلها القطـــاع العام، وتستهدف في المقام الأول تحسين الصحة باتخاذ تدابير مجتمعية . معجم *بلاك الطبـــي*، الطبعـــة 38، الصادرة عام 1995([1]).

"الصحة العمومية: هي أحد الجهود التي ينظّمها المجتمع لحفـــظ صـــحة النـــاس، وتعزيزهـــا، واستعادتها. وهي توليفة من العلوم، والمهارات، والمعتقدات موجهة لـــصون صـــحة جميـــع النـــاس وتحسينها من خلال إجراءات جماعية أو اجتماعية. وتركز البرامج، والخدمات، والمؤسسات المعنيَّـــة بها على الوقاية من المرض والاحتياجات الصحية لعموم السكان. وتتغيَّر أنـــشطة الـــصحة العموميـــة بتغيُّر التكنولوجيا والقِيم الاجتماعية، غير أن مراميها تبقى كما هي بلا تغيير، وتتمثل هذه المرامي في: خفض معدلات المرض والموت المبتسر، وتقليل ما يسبِّبه المرض للسكان من انزعاج وعجز. وعلـــى ذلك، تُعتبر الصحة العموميـــة مؤسسة اجتماعية، واختصاص علمي، وممارسة". جون لاست. معجـــم *الوبائيات*، 1988([2]).

ثانيا- مفهوم الصحة العامة اصطلاحا

هناك محاولات عديدة لتعريف الصحة العامة وقد ظهرت عـــدة مـــصطلحات تـــستعمل أحيانـــا كمترادفات لمعنى عام وهذه المصطلحات هي علم الصحة، صحة البيئة، الطب الاجتمـــاعي، الـــصحة الاجتماعية، والصحة العامة.

[1] منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، القاهرة، 2003/10/2. على موقع الانترنيت: www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5.

[2] منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي،مرجع سبق ذكره.

فالصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة، فقد عرفها العالم **بركنز Perkins** على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه"([1]).

أما العالم **ونسلو Winslow** 1920 فقد عرف الصحة العامة على أنها: "الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر و العلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة"([2]).

إن هذا التعريف واسع جداً، إذ يشمل معظم العناصر المعاصرة للصحة العامة، على الرغم من أنه اقتُرح منذ أكثر من 80 سنة مضت. غير أن تركيزه لا يزال منصباً على المرض وقائماً على الإطار النظري السائد اليوم في ما يتعلق بالتصحُّح (حفظ الصحة الشخصية) أو الإصحاح، وإن كان يشتمل في الوقت نفسه على البُعد الاجتماعي للصحة والطبيعة الجماعية لإجراءات الصحة العمومية.

أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت مفهوم الصحة الذي قدمته عام 1948 على أنه: "هي حالة التكامل الجمالي والعقلي والاجتماعي للفرد وليس مجرد الخلو من الأمراض والعاهات"([3]).

فلو تمعنا في هذا التعريف فإننا نجد أن:

- الصحة لا تعني الخلو من الأمراض.
- التكامل بين الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية أي أن للصحة ثلاثة مكونات وأبعاد مترابطة جدا مع بعضها البعض.
- انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة.
- نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا يميز بين ما هو مثاليا وما هو دون ذلك.

كما قامت منظمة الصحة العالمية بعقد الاجتماع الأقاليمي حول الصحة العمومية الجديدة، في جنيف نوفمبر 1985، وذلك لتقييم التحدِّيات الجديدة، وإعداد الإجراءات التي يمكن اتخاذها في المستقبل في إطار الصحة العامة، حيث أكدت على أن الصحة العامة ليست بمفهومٍ بقدر ما هي فلسفةٌ

---

[1] د.أيمن مزاهرة:الصحة والسلامة العامة،الشروق،الطبعة الأولى،عمان،الأردن،2000،ص.13.

[2] د.سلوى عثمان الصديقي،د.السيد رمضان:الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004، ص.41.

[3] د.أحمد فايز النماس:الخدمة الاجتماعية الطبية،دار النهضة العربية،الطبعة الأولى،بيروت،2000،ص.

تسعى إلى توسيع نطاق الفهم القديم للصحة العامة (بحيث يشمل مثلاً، صحة الفرد إضافةً إلى صحة السكان)، وتسعى إلى التصدي لبعض القضايا الصحية المعاصرة، من قبيل إتاحة الخدمات الصحية على أساس من العدل والإنصاف، فضلاً عما يتصل بها من قضايا تتعلق بالبيئة، والإدارة السياسية، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية. وهي تسعى إلى إدخال الصحة في إطار التنمية لضمان الحماية للصحة في السياسة العمومية . لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة ولم تعرف الجانب المقابل لها، ألا وهو المرض، ولذلك لابد أن نحدد مفهوم المرض لكي توضع الصورة المحددة للصحة، فالمرض هو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وأن هذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلق.

والمرض Illness ليس مرادفا تمام للاعتلال Sickness أو السقم Disease حيث أن[1]:

- **فالمرض**: يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة ويؤثر في فردية الكائن الحي وشخصيته.
- **السقم**: هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على فردية وشخصية الفرد.
- **الاعتلال**:يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

ثالثا - المفهوم الإجرائي للصحة العامة

لقد تطور مفهوم الصحة العامة على مدى تاريخ البشرية، وفقاً لفهمنا لواقع الأمور وللوسائل المتاحة للتدخل. فالتعقُّد في عالم اليوم قد جعل مفهومها متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم. و يجدر بنا أن ندرس بعناية كل الأوجه المختلفة لهذا المفهوم من جميع الزوايا الممكنة، كلما عنت لنا هذه الأوجه بمختلف الطرق العديدة التي يتم بها تحديدها والتصرف حيالها. ويشمل هذا أيضاً استخدام تعابير بديلة أو مكملة في ما يتعلق باستخدام مصطلحات من قبيل (الطب الاجتماعي) و(صحة المجتمع).
لذلك وكما أُوضح آنفاً، فمن غير الممكن وضع تعريف يمكن اعتباره ملائماً ومتفقاً عليه بالإجماع. وعلى ذلك نقترَح تعريف يجمع بين العناصر المشتركة في التعاريف العديدة السابقة، ويسعى إلى التوافق مع المفاهيم التي تم تحليلها في هذا المطلب، وهذا التعريف هو:

---
[1] د.إقبال إبراهيم مخلوف:الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين،المكتب الجامعي الحديث،الإسكندرية،دون ذكر سنة النشر،ص.70.

الصحة العامة هي علم وفن تعزيز عافية الناس البدنية، والنفسية، والاجتماعية، وحفظها واستعادتها، وذلك من خلال تدابير اتقائية، وتشخيصية، وعلاجية، وتأهيلية، تُطبق على البشر وبيئتهم.

وينبغي أيضاً لنطاق الصحة العامة أن يشمل المفاهيم الآتية للرعاية الصحية الأولية:

- تغطية جميع السكان بالرعاية التي تقدم إليهم وفقاً لحاجتهم، واعتبار تلك الرعاية حقاً من حقوق الإنسان التي لكل فرد.
- ضمان العدالة لجميع الفئات الجغرافية والاقتصادية والعِرْقية، بغض النظر عن الجنس، وللمسنِّين والفئات الخاصة.
- تقديم خدمات تعزيزية ووقائية، وعلاجية، وتأهيلية، مع وجود نُظُم جيدة للإحالة إلى مستويَيْ الرعاية الثانوي والثالثي.
- تقديم خدمات فعالة ومقبولة ثقافياً وميسورة الكلفة وممكنة التدبير.
- استكشاف آليات تمويلية بديلة من دون المساس بالالتزام بتلبية احتياجات السكان والنهوض بالمسؤولية الاجتماعية.
- إشراك المجتمعات المحلية في تطوير الخدمات تعزيزاً للاعتماد على النفس وتقليصاً للاعتماد على الآخر.
- ارتباط الأساليب المتبعة تجاه الصحة بسائر القطاعات الإنمائية وتميزها بإشراك تلك القطاعات في هذا المضمار في إطار من التنسيق والتعاون.
- تعزيز مبادرة تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية وتعجيل أنشطتها، باعتبار هذه المبادرة وسيلة لإنشاء هيكليات مجتمعية متعددة القطاعات ومبتكرة لتحسين نوعية الحياة.

ب - مستويات*درجات* الصحة

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تطور وتصان وتحسن باستمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع. إن الصحة تتذبذب في مدى يحد في إحدى النهايات بالصحة المثالية ثم عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية الأخرى.وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يلي([1]):

[1] د.إقبال إبراهيم مخلوف:المرجع نفسه،ص.68.

أولا- الصحة المثالية:

وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعا بكافة الجوانب الصحية البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقيه وان كان صعب المنال.

ثانيا- الصحة الايجابية:

وهي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

ثالثا- السلامة المتوسطة:

لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض، أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الايجابية في الحالة الصحية.

رابعا- المرض غير الظاهر:

في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض، أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر، ومعنى ذلك اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا ولكن غير ظاهرا سطحيا.

خامسا- المرض الظاهر:

وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابة الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين.

سادسا- مستوى الاحتضار:

وهو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.

إن هذه الدرجات تقسم بالنسبية المطلقة حيث يصعب تحديدها وقياسها قياسا دقيقا ومحددا الشكل**(4)** الموالي يوضح ذلك:

الشكل(4): مفهوم الصحة من ناحية درجتها

المثالية	يقارب المثالية (صحة ايجابية)	متوسط السلامة	مرض غير ظاهر	مرض ظاهر	يقارب الموت (يحتضر)	الموت

المصدر: د.إقبال إبراهيم مخلوف:العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية،اتجاهات تطبيقية،دار المعرفة الجامعية الإسكندرية،مصر،1991،ص.49.

وتتأثر صحة أي مجتمع بعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة في بعضها البعض وأن هذه العوامل هي التي تقرر مستويات أو درجات الصحة، وتتمثل هذه العوامل في:

- **عوامل طبيعية**: وتتمثل في العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.
- **عوامل بيولوجية*حيوية***: وتتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران والذئاب والكلاب.
- **عوامل اجتماعية**: وتتمثل في مستويات المعيشة والعادات والتقاليد والتعقيم.
- **عوامل اقتصادية**: مثل قصور الإمكانات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل التشخيص والتحصينات أو انتشار الفقر وعدم توافر الإمكانات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة، من مسكن وغذاء ورعاية طبية.
- **عوامل بيئية**: وتتمثل في عدم توافر المياه الصحية الصالحة للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية مثل النزلات المعوية وتلوث الهواء بعوادم السيارات والمصانع.
- **عوامل سكانية**: حيث التركيبة السكانية وزيادة معدلات المواليد والوفيات والخصوبة، مما يترتب عليها مشاكل صحية واجتماعية.

- **عوامل طبية**: مثل مدى توافر العيادات الطبية والأطباء والممرضين، كل هذا يؤدي إلى مشاكل صحية واجتماعية تؤثر في الحالة الصحية ومستوى الصحة العامة بالمجتمع.

2/أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها

الغرض الرئيسي للصحة العامة ومناط اهتمامها الأول هو صحة السكان، علماً بأن هـذا يـشمل جميع العناصر ذات الاهتمام المشترك التي تسهم في تحسين صحة الناس، وعليه فإنه لا ينبغي قـصر مناط اهتمامها على ما يسمَّى المنافع والخدمات العمومية، أو الخرائج المهمة، أو الإجراءات التي تُعتبر من مسؤوليات الحكومة أو الدولة. وهنالك إجماع على أن هذا يشكل جزءا مهما من الـصحة العامـة وأنه ينبغي ويمكن أن يكون هـو لبهـا الاستراتيجـي العـام.

أ- أساليب تحقيق الصحة العامة

في تعريف الصحة العامة جاء على أنها علم وفن الوقاية من المرض، ولذلك فإن أساليب تحقيق الصحة العامة تعني أساليب الوقاية من المرض ومضاعفاته الصحية أو الاجتماعيـة وتنقـسم أسـاليب الوقاية إلى مستويات وقائية ثلاث:

المستوى الأول: وهو المستوى الوقائي الأولي و الذي يهدف إلى الوقاية من الحالة المرضية.

المستوى الثاني: و هو المستوى الوقائي من الدرجة الثانية والذي يهدف للوقايـة مـن مـضاعفات المرض بعد ظهوره.

المستوى الثالث: وهو مستوى وقائي من الدرجة الثالثة يهـدف إلـى الوقايـة مـن المـضاعفات الاجتماعية.

ويمكن تناول أساليب الوقاية من خلال المحاور التالية([1]):

أولا- المحور الأول:إجراءات الوقاية العامة لترقية الصحة وتقويتها

وهي عمل تستهدف تقوية الصحة بصفة عامة دون الاهتمام بمرض معين ويتناول هذا المحور:

- الخدمات الصحية البيئية العامة من توفير مسكن صحي تتوافر فيه عناصر صحية مثل التهويـة الجيدة والإضاءة الصحية والمياه الصالحة للاسـتعمال الآدمـي وأسـاليب صـحية لتـصريف الفضلات.
- خدمات التغذية الصحية التي تستهدف تقوية مناعة الجسم للأمراض وتقوية الجسم بصفة عامة.
- خدمات التوعية والتربية الصحية بصفة عامة والتربية الجنسية بصفة خاصة.

[1] د.سلوى عثمان الصديقي:مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية،المكتب الجامعي الحديث،الإسكندرية،1999،ص.38،..41.

- خدمات الرعاية الخاصة للأمومة والطفولة.
- خدمات الترويح عن النفس.
- توفير الخدمات التي تهيئ للتكيف النفسي السليم وتحقيق الشخصية السوية.
- خدمات الرعاية السرية الشاملة.

ونستطيع أن نجمل هذا المحور في مجموعة الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة و الكفاية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية العامة دون الاهتمام بحالة معينة أو فئات خاصة.

ثانيا - المحور الثاني:الوقاية المتخصصة أو النوعية

وهي التي تهدف إلى الوقاية من مرض معين قبل حدوثه ولاسيما الأمراض المعدية أو أمراض سوء التغذية ويتمثل هذا في الإجراءات الوقائية المحددة مثل التطعيمات ضد أمراض معينة مثل التطعيم ضد الجدري أو الدفتيريا أو السعال الديكي أو ضد مرض الكساح.كما قد تكون إجراءات وقائية نحو المسببات النوعية مثل تصريف الفضلات أو قد تكون بتحسين العادات الغذائية أو استخدام ملابس واقية ضد إصابات مهنية أو أقنعة في الصناعة، وقد توجه هذه الأساليب الوقائية إلى إجراءات بيئية مثل ردم البرك والمستنقعات المسببة لأمراض معينة أو تحسين المستوى الاقتصادي والتعليمي والصحي بصفة عامة.

ثالثا - المحور الثالث:الاكتشاف المبكر للحالات المرضية

وهي الإجراءات الوقائية التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين بها. ومما لاشك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري وبالتالي يكون أيسر وأسهل وذات فعالية أسرع في العلاج ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض. ومن طرق الاكتشاف المبكر:

- لكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة ودون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث ألام.
- التحليلات الطبية الشاملة سواء كان تحليل بول أو دم.
- عمل الإشعاعات المختلفة الشاملة والمقطعية.

وهذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها مما يساعد على تجنب حدوث مضاعفات وبالتالي إمكانية الشفاء التام، ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر والمتواصل للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض وبالتالي يسهل علاجه. وكلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كان هناك إجراءات للاكتشاف المبكر للأمراض.

رابعا - المحور الرابع: علاج المرضى من المرض الظاهر

ويهدف العلاج الحد من المضاعفات أو العجز المرضي واستكمال الشفاء فهذا المحور يستهدف علاج المرض والوقاية من مضاعفات المرض للمريض، بل ويستهدف وقاية المجتمع من انتشار المرض ولاسيما إذا كان مرضا معديا.

خامسا - المحور الخامس: الإجراءات التأويلية

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالات المرضية وثبوت الحالات التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف هذه الإجراءات الوقائية من المضاعفات الاجتماعية، بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للفرد.

حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية حتى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شؤون حياته باستغلال أقصى قدراته وإمكاناته المتبقية أفضل استغلال ممكن. وعملية التأهيل تمر بمجموعة من الخطوات التي تبدأ بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمة للحالة، ويصاحب هذه العملية التأهيل النفسي للفرد لقبول العجز أو العاهة والرضا النفسي يؤهل الفرد للتأهيل الاجتماعي حيث محاولة التكيف مع المجتمع باختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب وطبيعة العجز أو العاهة، وبالتالي التأهيل المهني المناسب وبالتالي إيجاد العمل المناسب وتحقيق التأهيل والتكيف الاجتماعي.

وتختلف المجتمعات في مدى اهتمامها بالمحاور الخمس السابقة حيث تتفاوت باختلاف المستويات الاقتصادية و الاجتماعية، فبرامج الرعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض وبالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي التي تميز المجتمعات النامية.

إن الرعاية الصحية جزء من الرعاية الاجتماعية ونجاح الخدمات الصحية يعتمد على نجاح الخدمات الأخرى التي تهدف إلى رفاهية المجتمع، ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسين:
الأول: يشمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات

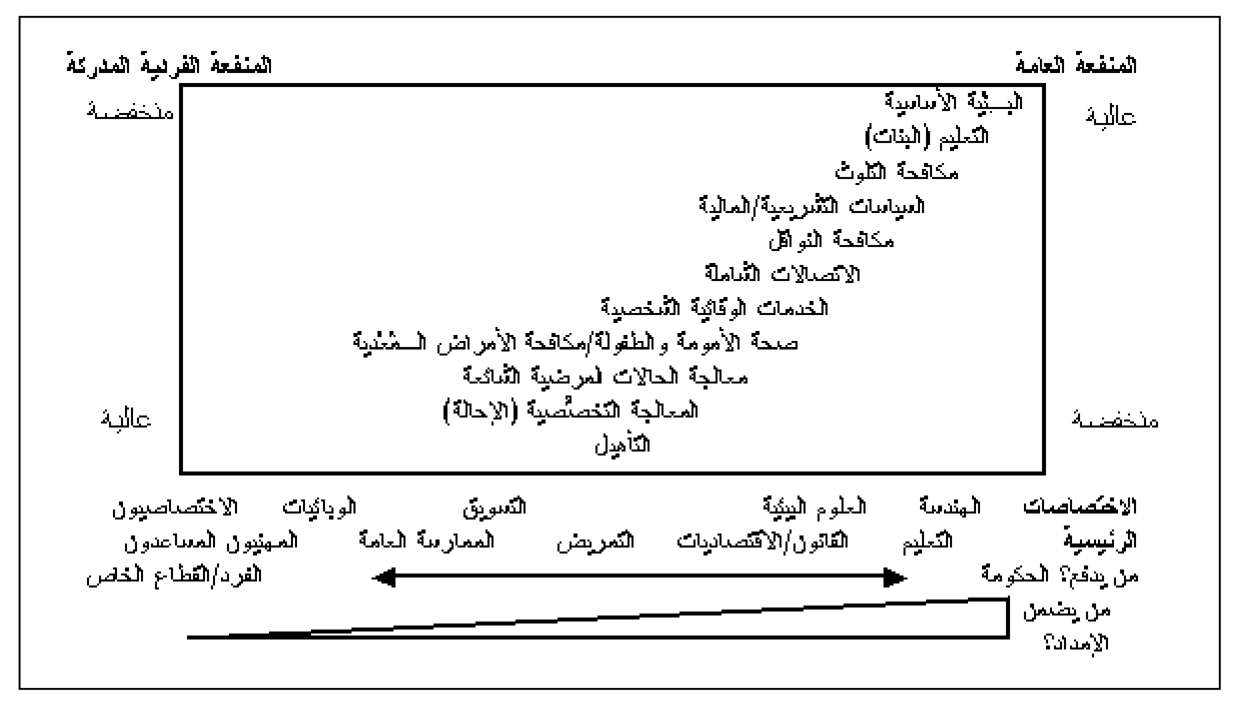
التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنازل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي: خدمات صحية علاجية، تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من ألام المرض.

بينما يهتم القسم **الثاني**: بالخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة. وهذه الخدمات هي:خدمات صحية مانعة أو وقائية وتشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

وقد يسود الاعتقاد بضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد مع إهمال الخدمات الصحية البيئية، وغالبا ما يسود هذا الاعتقاد الدول النامية بسبب نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية سواء على مستوى الميزانية العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردي. ولكن هذا الاعتقاد خاطئ تمام لأن زياد الإنفاق على الخدمات الصحية البيئية سيؤدي إلى انخفاض احتمالات الإصابة بالمرض، ومن ثم سيؤدي إلى تناقص الميزانيات المطلوبة للخدمات الصحية المباشرة المرتبطة بصحة الفرد.والشكل الموالي يبين التوازن النسبي بين المسؤوليات والمنافع العمومية والفردية. ومن ثم يمكن تحديد نطاق الصحة العامة وفقاً للاحتياجات الأساسية وتوافُر الموارد العامة.

الشكل(5):

الأنشطة، والموارد، والاختصاصات الرئيسية التي تشارك في إيتاء الصحة العامة



المصدر:تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الخمسون، المكتب التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة، .2003

أ- مؤشرات الصحة العامة :

إن الهدف من دراسة مؤشرات ومقاييس الصحة العامة هو تحديد أهم جوانب المشكلة الصحية ومن ثم تحديد أولوياتها وبالتالي تحديد الإمكانات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية، ويمكن تقسيم هذه البرامج إلى ثلاثة أقسام:

أولا- القسم الأول: وهو عبارة عن مؤشرات ترتبط بصحة الأفراد و الجماعات وهناك مقاييس معينة لتحديد حجم ونوع الخدمات المطلوبة في مجتمع ما لتحقيق الرعاية الصحية بالشكل الأفضل بالنسبة للأفراد والجماعات. ويمكن تقسيم مؤشرات القسم الأول إلى:

- **مؤشرات ايجابية:**

نجد فيها كل من:

- **معدل المواليد والخصوبة.**
- **طول العمر المتوقع عند الحياة:** العمر المتوقع عند الولادة يعتبر بصفة عامة بمرده أحسن مقاييس للحالة الصحية للسكان، وهو دليل شائع الاستعمال لقياس الحالة الصحية للمجتمع، وإحصائيات العمر المتوقع أظهرت فروقا غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة والدول النامية.

- **مؤشرات سلبية**

تتضمن كل من:

- **المعدل العام للوفيات:** يعتبر المعدل العام للوفيات دليلا معقولا لمقارنة الحالة الصحية للناس ويعرف بأنه عدد الوفيات بكل 1000 من السكان في السنة بالمجتمع المعني. فلو كان معدل الوفيات مرتفعا دل على انخفاض الحالة الصحية بالمجتمع ونجد ضمن هذا المؤشر كذلك ما يسمى بمعدل وفيات الرضع الذي يعتبر من أكثر المؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى معيشة الشعب والبيئة السائدة([1]).
- **معدل انتشار الأمراض:** وهي تعتمد على الوفيات وهي لا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض ويتضمن كل من معدل الإصابة أو انتشار أمراض القلب.

- **مؤشرات الأمراض الاجتماعية**([2]):

إن الكثير من المشاكل الصحية تحدث بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عوامل غير طبيعية العادات والتقاليد وبالسيطرة على أسباب هذه المشاكل الصحية يمكن الحد الكبير من الأمراض الناجمة عنها، ومن مقاييس الأمراض الاجتماعية نجد:

- نسب الفقر والعوز.
- الجهل والأمية.
- الانحراف والجريمة.

---

[1] د.سعيد عبد العزيز عثمان:قراءة في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة، دراسة نظرية تطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص.204.

[2] د.أيمن مزاهرة،د.عصام حمدي الصفدي،ليلى أبو حسين:علم اجتماع الصحة،دار اليازوردي،الطبعة الأولى،عمان،الأردن،2003،ص.44.

- الإدمان على الخمور والمخدرات.
- الطلاق والإهمال.
- الأطفال غير الشرعيين.

ثانيا - القسم الثاني: ويحوي على مؤشرات ترتبط بالبيئة التي تؤثر في المستوى الصحي لأي فرد غي المجتمع. فالبيئة هي مجموعة الظروف والعوامل الخارجية التي تعيش فيها الكائنات الحية، وتؤثر في العمليات الحيوية التي تقوم بها هذه الكائنات، كما نؤثر في تكوين الفرد ونموه وسلوكه بفعل عوامل طبيعية أو اجتماعية أو ثقافية التي تترك بصماتها على حياة الفرد منذ تكوينه إلى آخر حياته والبيئة ثلاث أنواع:

- **البيئة الطبيعية:**

وتشمل الحالات التالية:

- **الحالة الجغرافية:** وهذه تؤثر في الصحة بشكل مباشر وغير مباشر عن طريق الموقع الجغرافي والارتفاع أو الانخفاض عن سطح البحر.
- **الحالة الجيولوجية:** ويتحدد ذلك بنوع التربة وتوفير المياه وطبيعة المواد الخام والعناصر والتي هي نتاج عن طبيعة التشكيل الجيولوجي لمنطقة معينة، وكل هذا يؤثر على انتشار أمراض سوء التغذية نتيجة لنقص بعض العناصر الأساسية ومثال ذلك نقص الفلورين الذي يسبب تسوس الأسنان([1]).
- **حالة المناخ:** ويقصد بالمناخ درجة الحرارة الرطوبة معدل هطول الأمطار،كما أن للتغيرات في العوامل المناخية تأثير مباشر على صحة الإنسان.

- **البيئة الحيوية:**

ويقصد بها جميع الكائنات الحية التي تحيط بالإنسان، والتي تعمل كمصدر للطعام كعوامل وسيطة في نقل الأمراض([2])، كمرض الملاريا الذي تنقله بعوضة الأنوفلين.

- **البيئة الاجتماعية والاقتصادية:**

وهي تلعب دورا مهما في معدل انتشار المرض وحدوث هذه الأمراض، ويمكن إيجاز العوامل المؤثرة بهذه البيئة فيما يلي:

[1] د.أيمن مزاهرة،وآخرون،المرجع نفسه،ص.46.

[2] د.محمد أحمد بيومي:علم الاجتماع وقضايا السياسة الاجتماعية، دار المعرفة، الإسكندرية، مصر، 1998، ص.193.

- كثافة السكان وتوزيعهم بين الريف والمدينة.
- المستوى التعليمي والثقافي في المجتمع.
- المستوى الاقتصادي ومستوى الدخل.
- الاستعدادات الطبية والصحية.

ثالثا - القسم الثالث: وهو عبارة عن مؤشرات مرتبطة بالإمكانيات والجهود المواجهة لتحسين الصحة، ومن هذه الإمكانيات والخدمات نجد[1]:

- مدى توافر الخدمات الطبية الوقاية والعلاجية.
- نسبة الأطباء لعدد السكان.
- نسبة هيئة التمريض للأطباء.
- توفير المسكن الصحي.
- جمع وتصريف القمامة.
- توفر خدمات الضمان الاجتماعي التي تكفل للفرد الراحة وزع الطمأنينة في حالة مرضه وعطله وشيخوخته وعجزه.

3/ مدلول الرعاية الصحية

يحتل قطاع الرعاية الصحية أهمية فائقة ضمن قطاعات التنمية الاجتماعية باعتباره القطاع المسؤول عن حماية السكان من كافة الأمراض والوقاية منها، ولما يسهم به بصورة مباشرة في تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية الجماعية. وانطلاقا من هذه الأهمية تقوم كل دول العالم بتوفير مختلف مستويات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية للمواطنين والمقيمين كافة بالمجان أو بأجور رمزية.

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية و المؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها.

[1] د.أحمد فايز،الرجع السابق،ص.59.

أ- مفهوم الخدمة الصحية*الرعاية الطبية*

من الملاحظ أنه ليس هناك اتفاق جماعي بين العاملين في هذا المجال على تعريف واحد فقد يرى البعض أنه لابد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك. وعموما يمكن تعريف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها:

" الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكمية التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها فني المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص. غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه في المستقبل. وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية"([1]). انطلاقا من هذا التعريف يتضح لنا:

تشمل الرعاية الطبية على كل الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع من تقديم الدواء، والغذاء،والمعاملة الحسنة، والأخصائي الاجتماعي وبالتالي فهي تتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له لتساعده على استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجه.

أما الفرق بين الرعاية الطبية والرعاية الصحية فيتمثل في أن خدمات الرعاية الطبية موجهة للفرد الواحد بينما الرعاية الصحية خدماتها موجهة كلية للمجتمع بقصد رفع مستواهم الصحي عموما، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم أو ما شابه ذلك. وبذلك فان أي خدمة مباشرة موجهة إلى الفرد تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى ولو كانت في الأصل خدمة وقائية، ولنضرب على ذلك مثالا لتوضيح وتقريب الصورة، إذا توجه شخص ما إلى مستشفى حكومي عمومي أو عيادة خاصة لتحصين طفله ضد شلل الأطفال فان الخدمة المقدمة لطفله تدخل في نطاق الرعاية الطبية(الخدمة الصحية) أما إذا قامت وزارة الصحة بحملة واسعة وشاملة لتوعية الناس بخطورة شلل الأطفال وحثهم على تحصين أنفسهم وأطفالهم من هذا المرض ففي هذه الحالة فان هذه الخدمة تدخل ضمن إطار الرعاية الصحية للمجتمع. ولا تقتصر الرعاية الطبية على تقديم الخدمات للفرد بل هي أوسع من ذلك مجالا وتشمل

[1] د.عبد المجيد الشاعر،وآخرون:الرعاية الصحية الأولية،دار اليازوردي،الطبعة الأولى،عمان،الأردن،2000،ص.11

على الخدمات الوقائية والعلاجية لتحسين الصحة، فالطبيب في عيادته يستطيع أن يؤدي خدمات وقائية هامة إلى جانب الخدمات العلاجية، ومادامت هذه الخدمات مقصود بها فرد بالذات فإنها تكون داخلة في نطاق خدمات الرعاية الطبية.

ب - أسس الرعاية الطبية[1]:

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباطا كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف ومستوى عال، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية.

أولا - الكفاية الكمية:

وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل:

- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ومخبرية وإدارية.
- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية(وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات...الخ) ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.
- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتا محددا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.

[1] د.أيمن مزاهرة،وآخرون،المرجع السابق،ص.78،79.

- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.

ثانيا - الكفاية النوعية:

لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية و المستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج. ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.
- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا أو صيدلانيا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من اجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.
- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من اجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.
- دمج الخدمات الصحية (العلاجية) والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات وتفتيتها ينفي الغرض من التكامل علاوة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.

ج- أقسام الرعاية الطبية

يمكن تقسيم خدمات الرعاية الطبية إلى([1]):

أولا- خدمات مباشرة:

وهي التي يقوم بها الطبيب بنفسه مثل تشخيص المرض وعلاجه.

ثانيا- خدمات غير مباشرة:

وهي الخدمات التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب وتشمل كل من خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية أو صورة الأشعة. وخدمات حفظ السجلات الطبية والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات.

ومكن تقسيم الخدمات الطبية إلى:

ثالثا- خدمات فردية:

أي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأية جهة أو مؤسسة أو نظام طبي معين كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى العيادات ويحصل على المعالجة الطبية.

رابعا- خدمات جماعية أو منظمة:

أي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون لمؤسسة واحدة أو نظام واحد وفق إجراءات وقواعد محددة، مثل الخدمات التي تقدمها الشركات والمؤسسات لعمالها وموظفيها، سواء كان ذلك عن طريق تعيين طبيب متفرغ في تلك المؤسسة، أو التعاقد مع أطباء ومستشفيات لمعالجة مستخدمي تلك المؤسسة وفق اتفاق معين. وتلجأ الحكومات والهيئات المسؤولة إلى تنظيم الخدمة الطبية حتى تضمن للأفراد حصولهم على خدمة طبية كاملة دون إرهاق مالي لهم. ونظم التأمين الصحي المختلفة ما هي إلا نوع من تنظيمات الخدمات الطبية الغرض منها رفع العبء الحالي عن كاهل الفرد الذي يحتاج إلى الخدمات الطبية.

د- مستويات الرعاية الصحية

لاشك آن حق الإنسان في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أصبحت أحد دعائم المجتمع الرئيسية، ومظهر لحضارته، وأساس هام لاستقراره ورضاه، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع. إن الرعاية الصحية تعتمد على أسس محددة من أهمها توفرها

---

[1] د.عبد المجيد الشاعر،وآخرون،المرجع السابق،ص11،12.

للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، توفرها بجودة معينة، وقدرة المواطن على الحصول عليها وقدرته على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخله.

إن الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يتطلب تجميع الطاقات المتاحة و العمل ضمن إطار منظومي بدلا من الجهود المتفرقة، ووضع استراتيجيات مستقبلية، تأخذ بعين الاعتبار النمو السكاني وقدرات المواطن والدولة من اجل تحقيق الأهداف المحددة مسبقا. لذلك فان أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية وهذا من اجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع، بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة الحديثة ومقتضى التحول السريع، ويمكن ذكرها في النقاط التالية([1]):

أولا- مستوى الرعاية الذاتية

وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد أو العائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية ومما لاشك فيه أن هذا المستوى من الرعاية يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب مراجعة الطبيب بسببها أو أن تحل من قبلهم.

ثانيا- مستوى الرعاية الصحية الأولية

وقد عرفت الرعاية الصحية الأولية بأنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور، وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد التي هي نواته ومحوره الرئيس، وأساس للتنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية. ويتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية والعيادات القروية -المستوصفات- وعيادات الأمومة والطفولة، وهي مؤسسات تضم بين أفرادها وأجهزتها العاملة الأطباء الممارسون والمتخصصون وهم الذين يطلق عليهم أطباء المجتمع بالإضافة إلى طاقم واسع من القوى العاملة الصحية المتخصصة في شتى فروع الطب الوقائي والعلاجي، وحجم الطاقم في هذه المراكز يعتمد إلى حد كبير على موقع المركز الصحي، والكثافة السكانية التي يقوم هذا المركز أو

[1] د.أيمن مزاهرة وآخرون،المرجع السابق،ص.70،..74.

العيادة بتقديم الخدمات لها. وحددت قائمة إرشادية من تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية لتحقيق هذا المفهوم وهي:

- رعاية الأم والطفل.
- طب الأطفال والصحة المدرسية.
- مكافحة الأمراض السارية.
- صحة البيئة وتحسينها.
- صحة الأسنان والوقاية العلاجية.
- صحة العيون.
- الإرشاد والتثقيف الصحي والاجتماعي.
- الفحص السريري والمعالجة الدوائية.
- الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة.

ثالثا- مستوى الرعاية الصحية المتخصصة

عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية المتخصصة من أجل تقديم نوع معين من الخدمات المتخصصة كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع المختلفة يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج حسب توفر التقنيات المتطورة.

والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المراكز الصحية المتكاملة والمستشفيات العامة وعيادات الاختصاص، ومثل هذه المؤسسات تشمل كل من الأطباء والممرضين القانونيين ومساعدي الممرضين والقابلات القانونيات وطبيب الأسنان وفنيي المختبر والأشعة وغيرهم.

رابعا- مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية

وهي الخدمات التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث وهي خدمات متخصصة في مجال الطب و الجراحة وهي خدمات معقدة ونادرة كجراحة القلب والدماغ والعيون وأمثالها.

إن الخدمات الصحية المختلفة يمكن الحصول عليها من خلال إحدى المستويات الأربعة، لذا فإنه من الأهمية بمكان أن يعرف أفراد الفريق الصحي معرفة جيدة بما يقدم في كل مستوى من هذه المستويات، كي يكون بمقدورهم تحويل الحالات المرضية إلى الجهة التي يجب أن تحول إليها، ولضمان حسن سير العمل في المستويات المذكورة وجب التنسيق والتعاون بين مؤسسات هذه الخدمات تنسيقا كاملا.

هـ- معايير تقديم الخدمات الصحية

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة والكفاءة والفعالية والعدالة، وهذه المعايير هي التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج وتقديم الخدمات الصحية، كما ستحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات بأي مستوى. ويمكن شرح تلك المعايير كما يأتي([1]):

أولا- معيار التكلفة: في جميع الأحوال يرغب مستهلكو الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات رخيصة، وأن تكون الأسعار منخفضة، ونحن نفرض أنه ليس هناك شيء مجاني تماما ويجب أن يكون هناك شخصا ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة. وهناك اهتمام متزايد من المديرين والأطباء والعملاء بتكلفة الخدمات، وتجنب الفاقد، والتخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصلون عليها. ومع ذلك هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تنخفض مستويات الخدمات الصحية دونها.

---

[1] د.طلعت الدمرداش إبراهيم:اقتصاديات الخدمات الصحية،مكتبة المدينة،الطبعة الثانية،الزقازيق،مصر،2000،ص.31،32.

ثانيا - معيار الفعالية: استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة. حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات، سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة أكثر فاعلية. ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق العام أو الخاص علي الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلى العديد من الإجراءات، والتي يمكن عرضها:

- قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.

- زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناء علي امتياز أداؤهم وخصوصاً في التأمين الصحي الاجتماعي.

- دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمي وجمع المعلومات الإحصائية بدقة.

- زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الإستراتيجية العامة للدولة.

ثالثا - معيار الكفاءة: عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن تحقق تلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية. فإذا استطعنا تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة، فإننا نود استخدام أرخص هذه الإجراءات مما يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة، أو إنفاق الأموال بطريقة مختلفة. وكذلك فإنه إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا نود اختيار الطريقة الأرخص. ويلاحظ أن الكفاءة مفهوم أعم من التكلفة من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب مقياسا دقيقا للمنافع التي يقدمها العلاج. ولكن الزيادة في عدد المرضى الذين يعالجون دون تحمل تكاليف إضافية لا يعني بالضرورة تحقيق كفاءة أكبر، أما إذا كان العلاج أقل فعالية وكانت النتائج سيئة، يمكن أن تكون الخدمة اقل كفاءة في استخدامها للموارد.

رابعا - معيار العدالة:

ومن الواضح أن هذه التعريفات يمكن أن تتناقض، بمعنى أنه لكي نحقق مساواة أكبر في الحالة الصحية، قد يكون من الضروري أن نضمن أن بعض الأفراد سيحصلون على الخدمات الصحية بمقدار أكبر من الآخرين. ومع ذلك، فان احد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة وغيرها من

نظم الخدمات الصحية يتمثل في أنه يجب تقديم العلاج على أساس الحاجة إليه، وليس على أساس توافر الأموال، وأن العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة.

خامسا - معيار الأمان الصحي:

ويقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية كفؤة وفعالة، ولكن أن يشعر كذلك بان تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على الدفع.

ويعني الأمان الصحي كذلك أن يشعر المواطن أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا يعلم متى سيحتاج إليها، وربما لا يحتاج إليها طوال حياته، وربما تمر به ظروف أزمة صحية أو مرضية تكون من الشدة والقسوة ما يجعله في حاجة لهذا الغطاء الصحي الكامل، ويحدث ذلك في حالات الحوادث الطارئة أو في حالة الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة أو المزمنة ،بحيث لو حاول الفرد مواجهتها بمفرده لن يستطيع نظرا لتكلفتها الباهظة، فيكون الأمان الصحي المنقذ والمخلص من كل الكروب والطوارئ غير المتوقعة.

4/اقتصاديات الخدمات الصحية

إن للصحة خصائص اقتصادية لابد من اعتبارها ودراستها قبل وضع أية خطط أو استراتيجيات للتسويق الصحي، لذلك يهتم علم الاقتصاد بدراسة طريقة تحديد الاختيارات بشأن أفضل استخدام ممكن للموارد النادرة لإشباع الحاجات الإنسانية المتنوعة وغير المحدودة، وتتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمات الصحية في أنه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير المحدودة، فان عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا، وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي سيشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة. وتصبح المعضلة صعبة إذا لم تأخذ في الاعتبار حاجة المستهلكين لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل، وحاجة المنتجين إلى تخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات عندما تظهر.

ومن هنا تبرز مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات التالية المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية والتي تتمثل في:

- ما هي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها، وبأي كميات؟.
- كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية؟.
- من الذي يجب أن يحصل على تلك الخدمات الصحية، وعلى أي أساس؟.

إن كل تساؤل من التساؤلات الاقتصادية الأساسية يثير قضية هامة: ما هي أفضل طريقة لتخصيص الموارد؟ وكذلك فإن قضية كيفية تحقيق أفضل استخدام لتحقيق هدف معالجة أكبر عدد من المرضى، أو تحقيق أقصى مكاسب صحية ممكنة، تدور أيضا حول الاستخدام الأكفأ للموارد، وإذا أردنا آن لا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية وعدم الكفاءة فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح لتنظيم وتقديم الخدمات.

أ- سوق الخدمات الصحية

تتطلب دراسة أسواق الخدمات الصحية أن نبدأ أولا بتحليل هيكل ومكونات أسواق الخدمات الصحية، حتى نتمكن من دراسة وتحليل علاقات التفاعل الأمامية والخلفية بين تلك الأسواق لتنتج في النهاية منتج نهائي ألا وهو الخدمات الصحية، ومن خلال توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية نجد أنها تنقسم إلى سوقين هما: سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية،كما يلي([1]):

أولا- سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي

وتتكون سوق الخدمات الصحية من مستويين أساسين قد تمثل تسلسل رأسي، وهما كما يلي:

- **سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة:**

في هذه السوق يذهب المريض إلى طبيبه الخاص الذي اعتاد متابعة الفحوص والعلاج لديه، والذي قد يستكمل علاج هذا المرض من خلال عيادته الخاصة، أو قد يحول مريضه إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.

[1] د.طلعت الدمرداش إبراهيم،المرجع السابق،ص.75.

- **سوق خدمات المستشفيات:**

وتشمل على عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات التشخيص بالتحاليل المخبرية، ووحدات الإسعاف وغيرها.

ثانيا - سوق الموارد الصحية

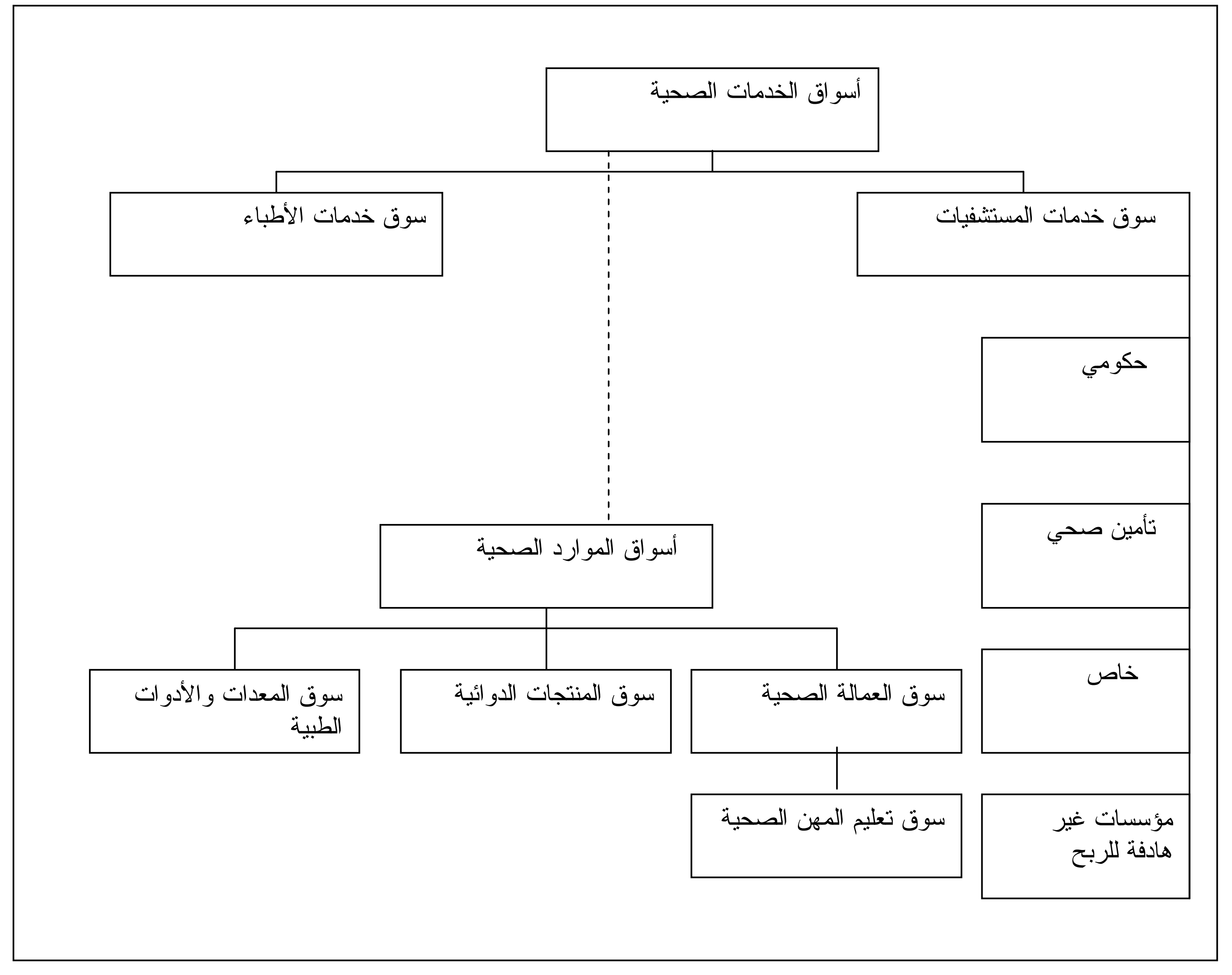
تشمل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية على ثلاثة أسواق فرعية وهي:

- **سوق العمالة الصحية:** وتشمل على جميع فئات مورد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية: من الأطباء، وهيئات التمريض، والعمالة الفنية لأجهزة التشخيص والعلاج، وغيرها. وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق خلفية، وهي سوق تعلم المهن الصحية والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي والصحي، حيث يمثل الخريجين من هذه المؤسسات التعليمية جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.
- **سوق المنتجات الدوائية:** ويشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية المختلفة، وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.
- **سوق المعدات والأدوات الطبية:** ويشتم جانب العرض في هذه السوق على صناعة المعدات والأدوات الطبية، وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية.

تعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية ككل منتج نهائي لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها البعض، وتشمل هذه الأسواق أسواق الممرضات المسجلات وأسواق خدمات المستشفيات وأسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية. والشكل الموالي يوضح ذلك:

الشكل (6):

مكونات أسواق الخدمات الصحية



المصدر:د.طلعت الدمرداش إبراهيم،المرجع السابق،ص.76.

ويمكن أن تكون خدمات المستشفيات في إطار حكومي، أو في إطار التأمين الصحي، أو في إطار القطاع الخاص.

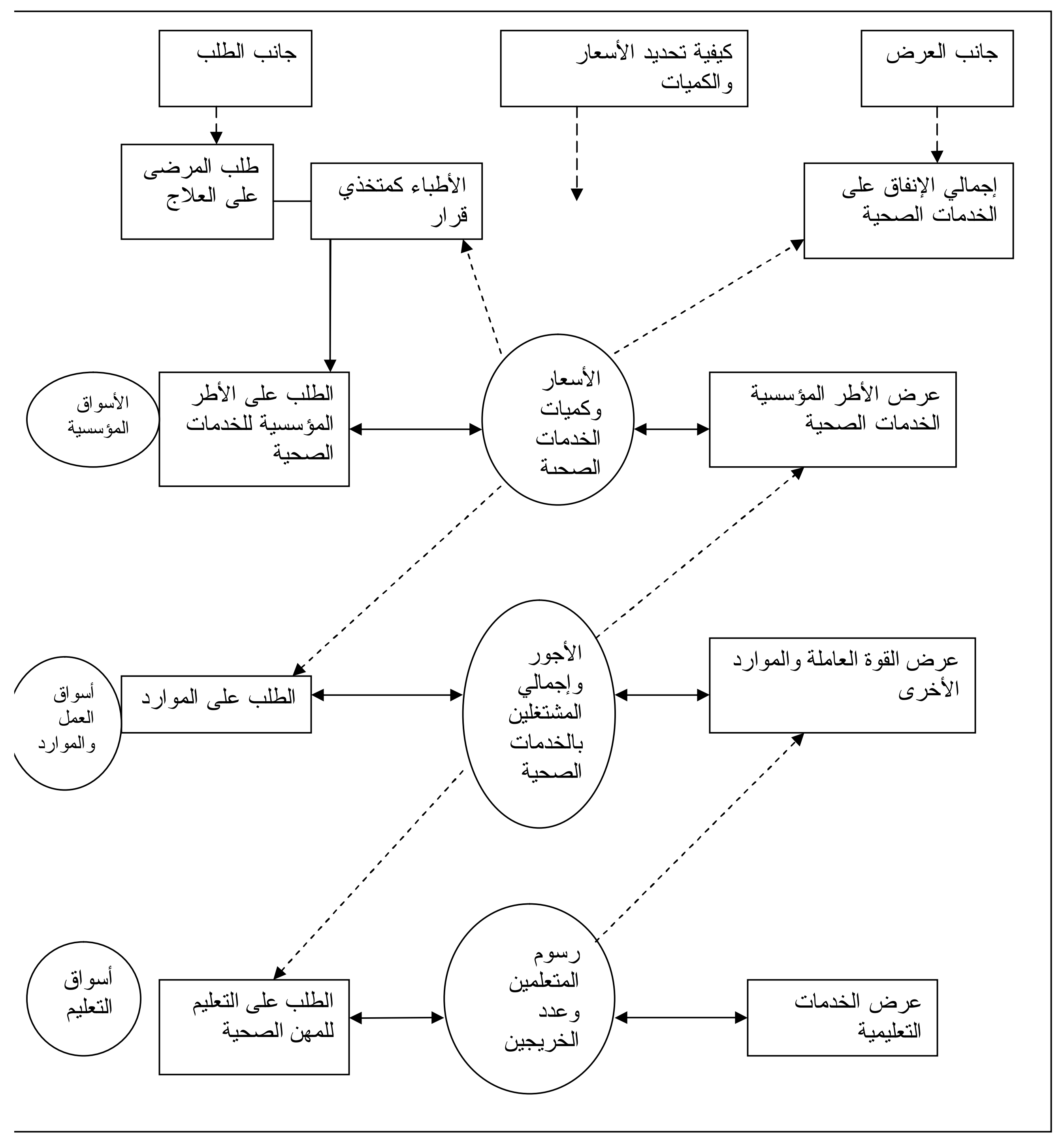
ب- العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية

إن نموذج قطاع الخدمات الصحية، يصف لنا علاقة الأسواق الفرعية ومكونات الخدمات الصحية ببعضها البعض، التي تكون قطاع الخدمات الصحية، حيث توجد ثلاثة أنواع من الأسواق الفرعية كما تم توضيحه في الشكل(6). وأن هذه الأسواق الفرعية الثلاث تتفاعل مع بعضها في إطار محددات، واعتبارا تؤثر وتتأثر فيما بينها، حيث يعبر عن طلب العميل على العلاج الطبي(بالنسبة لفئة تشخيصية معينة) بالذهاب إلى الطبيب الذي يعتمد تحديده لكيفية علاجه على اعتبارات اقتصادية وغير اقتصادية، ويعتمد اختيار الطبيب لأحد الأوضاع المؤسسية المختلفة(مستشفى، عيادة خارجية، دار رعاية، عيادة طبيب) على الأسعار النسبية لكل من هذه الأماكن والتكاليف النسبية بالنسبة للطبيب، وكفاءتها في العلاج. ويعتمد الطلب في الخدمات الصحية المؤسسية على محددات طلب المريض، واعتبارات الطبيب، والأسعار النسبية وكفاءة العلاج في الأوضاع المؤسسية المختلفة، وهذه المؤسسات قد تكون مكملة أو بديلة لبعضها البعض.

وينعكس التغير في الطلب على المواقع المؤسسية المختلفة، والذي ينتج عن التغير في عمر السكان، في طلب هذه المؤسسات على سوق العمالة والمدخلات الأخرى، وهذه تمثل المجموعة الثانية من الأسواق التي يجب تحليلها، وتمثل هذه الطلبات المؤسسية على العمل والمدخلات الأخرى جانب الطلب من أسواق العمالة الصحية. ويعتمد كذلك طلب المهنيين الصحيين المتوقعين على التعليم على الطلب عليهم في السوق التي سبق وصفها. والشكل الموالي يوضح ذلك:

الشكل(7):

العلاقات المتبادلة بين أسواق الخدمات الصحية



المصدر :د.طلعت الدمرداش إبراهيم،المرجع السابق،ص.79.

خلاصة الفصل الأول:

من خلال دراستنا للخدمات والخصائص التسويقية المميزة لها عن السلع المادية، والأنواع والتقسيمات لتلك الخدمات، تجدنا نخرج في النهاية على أن الخدمات الصحية على مختلف أنواعها ومستوياتها، هي خدمات ذات درجة عالية من الاتصال، نتيجة لخاصية التلازمية التي تميز هذا النوع من الخدمات. وحتى تتمكن المنظمات الصحية من الحفاظ عن تلك العلاقة الناجمة عن خاصية التلازم في تقديم الخدمات الصحية، فإنها تحتاج إلى تبني فكر ومنظور جديد في تعاملاتها، وهذا ما يسمى بالتسويق الذي يعتبر العميل نقطة الارتكاز والبداية لأية خطوة من خطوات المنظمة.

تمهيد:

تواجه المنظمات المعاصرة تحدياً كبيراً يتجلى في تعقد واضطراب في إمكانية البقاء والاستمرار وسط متغيرات بيئية تمتاز بالديناميكية المستمرة، أهم ما نتج عنها اشتداد حدة المنافسة ليس فقط على المستوى المحلي، بل حتى على المستوى الدولي. وبالتالي السبيل الوحيد لتتمكن هذه المنظمات من التعايش في ظل هذه الظروف هو القيام بالتغيرات المناسبة في فكرها الإداري حتى تحقق التوازن مابين أوضاعها الداخلية والأوضاع الخارجية أو البيئية، أي عليها الاعتماد على التسويق كمنهج علمي يساعدها في تحقيق أهدافها، ومع تزايد وتنامي صناعة الخدمات في الاقتصاد ونتيجة للمشاكل الحاصلة في تلك المنظمات الخدمية كان لابد من تبني هذه المنظمات للفكر التسويقي بغية زيادة فعاليتها، والمنظمات الصحية كغيرها من المنظمات الخدمية، عملت على توظيف هذا المنهج في عملياتها الإدارية، وكنتيجة للخصائص التي تتميز بها الخدمات بصفة خاصة عن السلع المادية، فإن تسويق تلك الخدمات الصحية أصبح يتم على ثلاثة مستويات مختلفة:

- التسويق الخارجي (الذي يضم بالإضافة إلى المتغيرات التسويقية الأربعة، متغيرات جديدة منها: الأفراد، التسهيلات المادية، العمليات أو ما يسمى بعملية تقديم الخدمات).
- التسويق الداخلي.
- التسويق التفاعلي.

المبحث الأول: تسويق الخدمات الصحية

1/ تسويق الخدمات

يعد التفكير بتسويق الخدمات واحد من الاتجاهات المهمة الحديثة التي شـهدت توسـعا فـي السنوات الأخيرة وفي مختلف المجتمعات والسبب يعود إلى التزايد والتعاظم الكبيرين للخـدمات فـي الحياة المعاصرة، وهذا خاصة بعد تكاملها مع المنتجات المادية في تحقيق المنافع المطلوبة. وعلى هذا الأساس فإن تطبيق وممارسة التسويق في المنظمات الخدمية يمثل تحديا وفي الوقت نفسه يلعـب دورا مهما في مساعدتها على تفهم حاجات جمهورها وفي تطوير الخدمات والاتصال والتوزيع، كما يلعـب دورا فاعلا في تقييم درجة رضا الجمهور عن الخدمات المقدمة لهم.

أ/ التطور المرحلي لتسويق الخدمات

تتعدد المحاولات في الأدب التسويقي لتعريف مفهوم التسويق الخدمي وتحديد مجال أنشـطته التسويقية. وهذا راجع إلى التضارب حول مكانة ودور التسويق في قطاع الخدمات، حيث وجـد بـأن المنظمات ذات الطبيعة الخدمية هي ذات توجه تسويقي أقل ومحدود مقارنة بالمنظمـات ذات الإنتـاج السلعي، غير أن هذا القول ليس من الضرورة أن ينطبق على جميع المنظمات الخدماتية لأنه ليس من المعقول ومن الخطأ الاعتقاد بأن جميع هذه المنظمات تتجاهل دور التسويق، وحيث أن ازدياد المنافسة محليا ودوليا في العديد من أنواع قطاع الخدمات وانتقال رجال التسويق من مجـال التسـويق غيـر الخدمي إلى وظائف في قطاع الخدمات وتزايد دور جودة الخدمات وإرضاء العميل من أجل مواجهـة ضغوط المنافسة([1]). وإزاء هذه الخلفيات، فقد أصبح الاهتمام بتطبيق مفهوم التسويق على نطاق أوسـع في قطاع الخدمات، وقد أخذ هذا التطبيق عدة مراحل إلى غاية وصوله إلى المفهوم الحديث للتسـويق، وأهم هذه المراحل التي مر بها التسويق في قطاع الخدمات نذكرها فيما يلي:

[1] د.هاني حامد الضمور،مرجع سابق،ص58،59.

أولا- المرحلة الأولى:

وتعرف بمرحلة الترويج، والتـي سـاوت خطـأ بـين مفهـوم البيـع"Selling" ومفهـوم التسويق"Marketing". وقد سادت في أوائل الستينيات، خصوصا من طرف البنوك، وينصرف مفهوم التسويق في هذه المرحلة إلى مفهوم الإعلان أو الإعلان والعلاقـات العامـة معـا، أي أن الوظيفـة الأساسية للتسويق تتحدد في القيام بالأنشطة الترويجية من إعلان وترويج للخدمات وذلك بهدف جـذب عملاء جدد إلى هذه المنظمات الخدماتية أو المحافظة عليهم[1].

ثانيا-المرحلة الثانية:

وتسمى بمرحلة الاهتمام الشخصي بالعملاء، وقد جاءت هذه المرحلة كحتمية وهـذا بعـد أن تبين للمنظمات الخدماتية بعدم جدوى أو فاعلية النشاط الترويجي ما لم يواكبه تغير مماثل في الكيفيـة التي يتم بها معاملة هذه المنظمات لعملائها. وقد ترسخ هذا الاعتقاد بعد تزايد أهمية الاهتمام بـالعملاء نتيجة عوامل المنافسة، مما أدى بهذه المنظمات في العمل على كيفية خلق جو من الصداقة بينها بـين عملائها[2] وذلك من خلال:

- تدعيم مفهوم التوجيه بالعملاء لدى العاملين بهذه المنظمات الخدماتية، وهذا مـن خـلال عقد دورات تدريبية للعاملين داخل هذه المنظمات للتعرف على كيفية معاملـة العمـلاء والأساليب الواجب إتباعها في ذلك.
- تحديث أنظمة وأساليب العمل في هذه المنظمات من أجل تسريع أداء الخدمات وتقليـل معدلات الشكاوي لدى العملاء.
- تحديث أماكن تقديم الخدمات وأماكن انتظار العملاء من اجل خلق الشـعور والانطبـاع الجيدين لدى العميل.
- تقديم الخدمات الاستشارية للعملاء.

[1] لان شاستون:التميز التسويقي،ترجمة:بيت الأفكار الدولية،المؤتمن،الرياض السعودية،1998،ص.275.
[2] د.عوض بدير الحداد: تسويق الخدمات المرفية، البيانن الطبعة الأولى، مصر،1999، ص.29.

ثالثا- المرحلة الثالثة:

وفي هذه المرحلة أصبح ينظر للتسويق على أنه فلسفة تنظيمية تتوجه بها المنظمة الخدماتية ككل، أي أن النشاط التسويقي يضم مجالين رئيسين:

- وظائف التسويق الموجهة لجموع العملاء الحاليين والمحتملين، وتشمل بحوث السوق، والبيع الشخصي، والإعلان، وتنشيط المبيعات، والعلاقات العامة وغيرها من الأنشطة التقليدية.
- وظائف التسويق التفاعلي Interactive Marketing، وتشمل الأنشطة التسويقية التي تؤدى أثناء المواجهة المباشرة بين مقدم الخدمة وبين مستخدمها. ويترتب على هذا المفهوم التسويقي ثلاثة جانب مكملة لبعضها البعض وهي[1]:

- الاحتفاظ بالعملاء.
- تعزيز العلاقات الداخلية والخارجية لمنظمة الخدمة.
- تقريب المسافات مابين التسويق، خدمة العملاء، وجودة الخدمة المدركة.

ب/مفهوم التسويق في مجال الخدمات

استنادا إلى المراحل الثلاثة في تطور التسويق في قطاع الخدمات يمكن تعريف التسويق في مجال الخدمات كما يلي: "التسويق هو منظومة من الأنشطة المتكاملة والبحوث المستمرة التي يشترك فيها كل العاملين في المنشأة وتختص بإدارة مزيج تسويقي متكامل ومتميز من خلال بناء، والحفاظ على، وتدعيم علاقات مستمرة ومربحة مع العملاء تهدف إلى تحقيق انطباع ايجابي في الأجل الطويل، والى تحقيق منافع ووعود متبادلة لكل أطراف تلك العلاقات"[2].

ولو استعرضنا هذا المفهوم بشيء من التدقيق والتمحيص لوجدنا أن هناك عددا من العناصر المتلاحمة والتي تكمل بعضها البعض وهي كما يلي:

---

[1] د.بشير عباس محمود العلاق،د.أحمد محمود:استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين جودة الخدمة المدركة ورضا المستفيد، مجلة:الإداري، السنة24، العدد88، مارس2002، معهد الإدارة العامة، مسقط عمان، ص37.

[2] سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص185.

أولا- مكونات المزيج التسويقي الخدماتي[1]:

يتألف هذا المزيج من مكونات ثلاثة وهي:

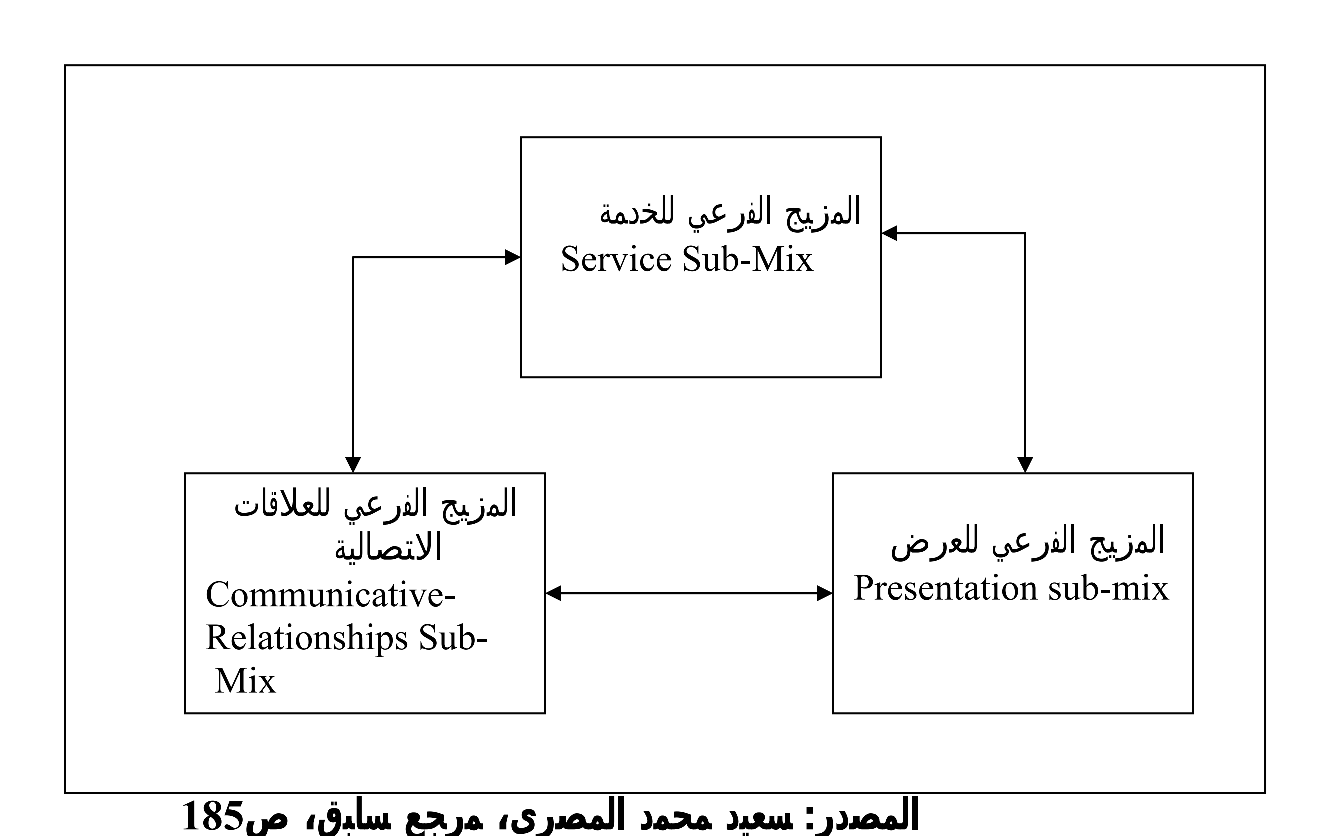
- المزيج الفرعي للخدمة الذي تبنى عليه العلاقة الأساسية بين مقدم الخدمة(المسوق) والعميل.
- المزيج الفرعي الذي يعرض من خلاله مزيج الخدمة، أو ما يطلق غليه مزيج العرض The presentation Sub-Mix. ولهذا المزيج أهميته التي لا يمكن تجاهلها فمن خلاله يتم تقريب خواص الخدمة إلى العملاء.
- المزيج الفرعي للعلاقات أو الاتصالات بين المسوق والعملاء، أو ما يمكن أن نطلق عليه مزيج العلاقات الاتصالية The communicative Relationships Sub-Mix والذي يهدف إلى تضييق الفجوة بين توقعات العميل عن الخدمة(التي تخلقها الجهود الاتصالية للمسوق)، ومدركاته(العميل) التي يتوصل إليها من تجربة انتفاعه بالخدمة، ومن ثم تحقيق الربحية لكل أطراف العلاقات.

والشكل الموالي يوضح مكونات لمزيج التسويقي المقترح للخدمات.

[1] سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص،185-187 .

الشكل (8):

مكونات المزيج التسويقي للخدمات



المصدر: سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص185

ثانيا-مفهوم العلاقات الاتصالية المتبادلة المربحة في الأجل الطويل:

تبنى العلاقات الاتصالية في مجال الخدمات على فكرة تبادل الوعود بين أطراف هذه العلاقات، هذه الوعود يجب أن تكون مربحة لكل الأطراف، غير أن الربحية من وجهة نظر العميل لا يقصد بها الربحية المادية في مجال الخدمات، بل تكون في صورة منفعة غير ملموسة قيمتها بالنسبة له تفوق المقابل المادي الذي يدفعه لمقدم الخدمة. وتمر هذه العلاقات الاتصالية بالمراحل الثلاث التالية:

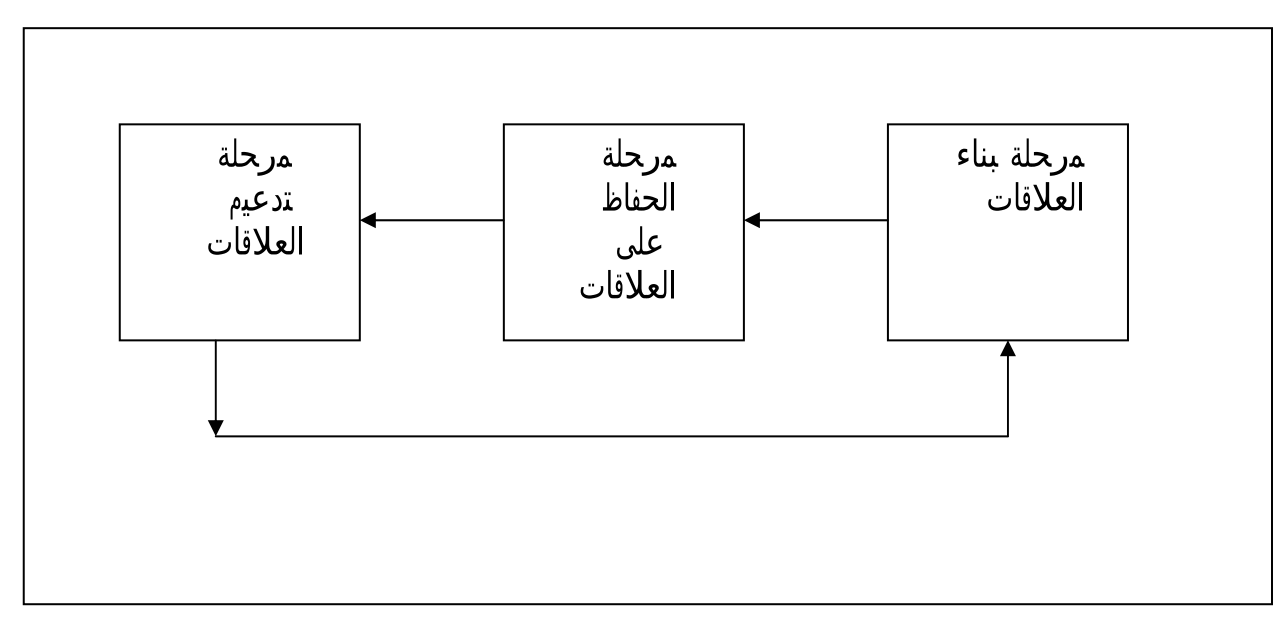
- **مرحلة بناء العلاقات:** وفيها يتم التقديم والاتفاق على الوعود المتبادلة المتوقع أن تحقق الربحية لأطراف العلاقة، ويفترض أن تكون تلك الوعود حقيقية من الممكن تحقيقها.

- **مرحلة الحفاظ على العلاقات:** وفيها يتم الوفاء بالوعود التي تم الاتفاق عليها، وفي هذه المرحلة يكون الاختبار الحقيقي لقدرة الأطراف على تنفيذ ما تم الاتفاق عليه والالتزام به، ويترتب عليه تكوين الانطباع The Image الذي سيؤثر على المرحلة الثالثة.
- **مرحلة تدعيم العلاقات وتطويرها:** وفيها يتم تقديم مجموعة مطورة أو جديدة من الوعود المتبادلة بهدف تحقيق استمرارية الربحية، وهذه المرحلة لن تتم إلا إذا كان نتاج المرحلة الثانية ايجابيا.

وتُكِّون المراحل الثلاث نظاما متصلا بهدف استمرارية للعلاقات، وهذا ما يجب أن تستهدفه المنظمات الخدماتية. والشكل الموالي يوضح العلاقة بين تلك المراحل.

الشكل (9):

مراحل العلاقات الاتصالية المتبادلة



المصدر: سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص185

2/ تسويق الخدمات الصحية

بدأ الاهتمام بالتسويق في مجال الصحة العامة منذ بداية السبعينيات باعتبار أن المداخل التقليدية لرفع مستوى الصحة العامة لم تنجح في مواجهة التحديات المختلفة وتحقيق الأهداف المرجوة[1]، فانصب البحث عن مناهج ووسائل وطرق مستحدثة لتحقيق هدف العاملين في مجال الصحة العامة ألا وهو زيادة انتشار وفعالية برامج الصحة العامة وتوصيل الرسالة إلى القاعدة العريضة من الجمهور المستهدف. فبدأ الاتجاه نحو تطويع أساليب التسويق لاستخدامها في حملات الصحة العامة من أجل نشر الوعي الصحي وكان بذلك التسويق الاجتماعي البديل من اجل تحقيق ما عجزت عنه البرامج السابقة، غير أن تصرف الكثير من المتخصصين في الصحة العامة على أن الإعلان الاجتماعي مرادف للتسويق الاجتماعي ويؤدي نفس الغرض مما أدى إلى ظهور اتجاه قوي نحو حصر الحملات الاجتماعية في عنصر الإعلان وتحميل الإعلان مسؤولية تحقيق أهداف الحملة الاجتماعية أدى إلى ظهور الكثير من المشاكل، مما يعتبر تجاهلا لطبيعة العملية التسويقية، لأن التسويق الاجتماعي فكرة أشمل من الإعلان أو الاتصال الاجتماعي وعليه فقد استقبل مفهوم التسويق الاجتماعي بردود فعل متضاربة من جانب كل العاملين في مجال الصحة العامة ووسائل الإعلام وأدى إلى بروز الكثير من المشاكل في مجال الصحة العامة النابعة أساسا عن عدم تفهم طبيعة التسويق الاجتماعي في مجال الصحة العامة وما يتطلبه من إعداد وتخطيط مسبقين، فكانت الهوة بين المسؤولين عن الصحة العامة(وزارة الصحة) والجمهور المستهدف.

غير أن التسويق الاجتماعي من خلال تطويع الأدوات والاستراتيجيات التسويقية قادر على أن يتخطى هذه العقبة ويعبر فجوة الاتصال القائمة بين المسؤولين والجمهور المستهدف من حملات الصحة العامة بحيث يقضي على أي لبس حول طبيعة حملة التسويق الاجتماعي وبالتالي يقدم لمسؤولي الصحة الإمكانات والوسائل التي تساعدهم على عبور الفجوات القائمة بين المجتمع كجمهور مستهدف ومشروع الصحة العامة التي تقدمه وزارة الصحة، ومن أبرز تلك الفجوات ما يلي[2] :

---

[1] Steven G.H & Eric.N.Berkowitz: Health care market strategy from planning to action, Jones and Bartlett, 3rd Edition, London, UK, 2004, P242.

[2] د.محمد فريد الصحن:قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1996، ص.393.

♠ الفجوات بين القيم الحضارية والثقافية والاجتماعية السائدة لدى المجتمع المستهدف من جانب والمتخصصين في مجال الصحة العامة من جانب أخر مما قد يؤدي إلى تصميم رسائل إعلامية لا تتلاءم مع طبيعة المجتمع المستهدف.

♠ الفجوات بين الأسس التعليمية التي تُصَمم الحملة على أساسها وبين الأفكار والمفاهيم السائدة لدى الجمهور.

♠ الفجوات بين المحتوى التعليمي لحملات الصحة العامة وبين الذي يحدث فعلا في المجتمع.

♠ الفجوات بين الرسائل المتنافرة الصادرة من الشخصيات المسؤولة كالسياسيين والأطباء ورجال الدين والمفكرين بحيث يواجه المجتمع المستهدف بسيل جارف من الرسائل الإعلامية المتعارضة والمتناقضة في ذات الوقت وبالتالي تحدث ردود فعل متباينة لدى القطاعات المختلفة من المجتمع المستهدف.

♠ الفجوات بين النظام الحالي للرعاية الصحية وبين مشكلة عدم إقبال المعوزين والمحتاجين على الانتفاع بالخدمات المقدمة مجانا.

♠ الفجوات بين التنافس القائم بين كل من الخدمات العلاجية سواء المستشفيات أو الشركات المنتجة للأدوية وبين الحاجة المتزايدة إلى الوقاية من الأمراض ومنع مسببات حدوثها.

والواقع أنه كلما كانت ظروف الحملة الاجتماعية مشابهة لحملة تسويق سلعة كلما زادت فعالية جهود التسويق الاجتماعي وزادت احتمالات نجاح الحملة الاجتماعية. وقد أوضحت تجارب بعض حملات التسويق الاجتماعي أن الفعالية النسبية للحملات تتوقف على خمس عوامل وهي[1]:

- **القوة:** قوة دافعية الفرد تجاه الهدف كمحصلة لموقفه من قبل الرسالة وبعد مؤثر الرسالة.
- **الاتجاه:** معرفة ماذا يفعل الفرد أو كيف يتصرف أو إلى أين يذهب لإشباع دافعيته.
- **الميكانيكية:** وجود هيئة مسؤولة تمكن الفرد من ترجمة دافعيته إلى تصرف.

[1] د.محمد فريد الصحن:إدارة التسويق، مرجع سبق ذكره، ص.394.

- **الكفاءة والقدرة:** قدرة وكفاءة الهيئة في أداء تلك المهمة.

- **المسافة:** تقدير الجمهور للجهد والتكلفة المطلوبين لإشباع الدافع بالمقارنة بالعائد المتوقع.

إن المفهوم الخاص بالتسويق على المستوى الجزئي(أي على مستوى المنظمات) والتسويق على المستوى الكلي(أي على المستوى القومي) إنما يبرز أن التسويق يمكن أن يتم على مستوى كلي حينما تقوم وزارة الصحة بالتسويق(التسويق الاجتماعي) لأفراد المجتمع للمحافظة على الصحة العامة للمجتمع ككل كما وتغيير سلوكه الصحي نحو الأحسن من خلال التخلص من العادات والتقاليد والمعتقدات السلبية و تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع، كما تم التطرق إليه آنفا في هذا العنصر. أما على المستوى الجزئي فيمكن أن يتم على مستوى المستشفى أو المركز الصحي تبعا لعدة اعتبارات أهمها: يعتبر المستشفى نظاما مركبا من عدة أنظمة فرعية لكل منها طبيعة مميزة وهذا في حد ذاته يمثل تحديا لإدارة المستشفى، بالإضافة إلى التقدم السريع في التكنولوجيا الطبية فضلا عن الضغوط السياسية والاقتصادية والطلبات المتزايدة للمنتفعين أدت إلى ازدياد وتعقد أعمال المستشفى وصعوبة المشاكل مما أدى إلى تولد سوق تنافسية في الرعاية الصحية، حيث أصبح رضا المريض هدف إدارة المستشفى وذلك لزيادة الحصة السوقية وهذا لن يتأتى إلا من خلال التحسين المستمر لجودة الرعاية الطبية، ومن هذا كله وغيره يتبن مدى حاجة المستشفيات على اختلاف طبيعتها إلى التسويق، خاصة وأن البيئة الخارجية تتسم بتغيرات متشابكة ومعقدة وعوامل متعددة كالزيادات السكانية وتغير القرارات والتشريعات الحكومية والمنافسة والتكنولوجيا الطبية وغيرها.

أ/التسويق في المستشفيات العامة(غير الهادفة للربح)

إن التسويق يهدف إلى تحقيق غرض معين، فغرض المستشفيات التي لا تهدف إلى الربح هو خدمة المصلحة العامة، من خلال رفع المستوى الصحي، ويتجلى هذا من خلال تقديم خدمات صحية لفئات واسعة من المجتمع، وبما أن هذه المستشفيات عادة ما تكون تابعة لوزارة الصحة أو إلى جمعيات خيرية فهي بالأساس تعمل على تقديم الرعاية الصحية دون مقابل أو من خلال مبالغ رمزية، لذلك تراها تعمد إلى التسويق الاجتماعي من أجل تكوين علاقات طيبة وقوية بين المستشفى والمنظمات والأفراد وكل الأطراف المحتمل ارتباطها بسلوك فعال مع المستشفى.

لذلك يكون على عاتق مدير التسويق في هذا النوع من المستشفيات الاتصال بوسائل الإعـلام المختلفة للترويج لجميع أنشطة وبرامج المستشفى لإيصالها إلى جمهور المتعاملين، بالإضافة إلى إعداد الأخبار والمعلومات عن المستشفى في صورة تقارير، منشورات ومجلات ولقـاءات تفـي بحاجـات المجتمع الصحية والتأكيد على إمداد المعلومات للتوعية والتعليم الصحي للمجتمع، كمـا يجـب عليـه أيضا(مدير التسويق) التأكد من أن مشروعات المستشفى المختلفة قد تركت أثارا طيبة لـدى الأفـراد الذين يرغب في الاتصال بهم(1). والعمل على التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة وهي المعضلة التي تواجه هذه المستشفيات نظرا للعدد الهائل من المرضى الذين تستقبلهم يوميا مما يخلـق عدة مشاكل ومن أهمها ضعف الطاقة الاستيعابية مما يؤثر بشكل مباشر على نوعية الخدمات الطبيـة والصحية، الشيء الذي يؤدي إلى رسم صورة قاتمة عن هذه المستشفيات. لذلك ونظرا لأهمية المجتمع المحيط بالمستشفى قامت العديد من المستشفيات الأمريكية بإنشاء وظيفة اسمها "مدير علاقات المجتمع" **A director of Community Relations**"، وهذا المدير تكون مهمته كالأتي(2):

أولا: تكوين علاقات طيبة مع المنظمات الهامة في المجتمع، مثل البنوك، رجال الأعمال، ومنظمـات الأعمال المحلية.

ثانيا: جمع المعلومات المنتظمة في الحاجات الصحية للمجتمع وإدراك المجتمع للمستشفى وتوقعاته.

ثالثا: إعداد ونشر المعلومات عن المستشفى من خلال التقارير السنوية والجرائد.

رابعا: تقديم البرامج التعليمية للمجتمع لتحسين صحة المجتمع وتدعيم موقف المستشفى.

خامسا: انجاز بعض البرامج وحملات التوعية الصحية مثل: برامج مكافحـة الإدمـان، الكحـول، التدخين وغيرها.

من خلال كل هذا نجد أن المستشفيات التي لا تهدف إلى الربح تتطلع إلى التسويق بأمل وجود طريقة جديدة توصلها على حل مشكلة الاستخدام للطاقات المتاحة بالمستشفى، وكذلك مساعدتها علـى قياس الحاجات والاتجاهات المدركة للمرضى، كما أنه يمكن من تقدير الطلب على الخدمات الصـحية

[1] د.فوزي مدكور:تسويق الخدمات الصحية،إيتراك،مصر،1998،ص.236.
[2] د.فوزي مدكور،مرجع نفسه،ص.236.

ومن ثم تقدير الموارد المادية والبشرية اللازمة واستغلال الموارد المتاحة استغلالا أمثلا، بالإضافة إلى إقامة علاقات اجتماعية قوية وتكوين اتجاهات ايجابية في المجتمع مما يؤدي إلى تحسين صورة المستشفى لدى المجتمع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة.

ب/التسويق في المستشفيات الخاصة(الهادفة للربح)

يختلف هذا النوع من المستشفيات عن المستشفيات سابقة الذكر، كون هذه المستشفيات أصبحت تعمل في سوق أقل ما يقال عنها أنها ذات درجة عالية من المنافسة والتحررية والتخاصية*، وضمن بيئة كلية تتسم بالاضطراب وتتميز بالتعقد وسرعة التغير في عناصرها، بالإضافة إلى تقدم التكنولوجيا الطبية والمهارة الفنية والتخصصية للعمالة في المستشفيات، مما أدى إلى ازدياد مقدمي الخدمات الصحية والطبية من خلال التوسع في إقامة المستشفيات العلاجية ودور التأهيل والرعاية الطبية ورعاية المسنين، كل هذا أدى إلى زيادة التنافس بين هذه المستشفيات في سوق الرعاية الصحية والتي تقدم نفس الخدمات، فأصبحت هذه المستشفيات تحتاج إلى معلومات صحيحة ومراقبة دقيقة عن الأسواق الصحية التي تريد أن تستهدفها وتحليلها حتى تستطيع التخطيط لأنشطتها ووضع أهدافها، فكان التسويق الأداة والوسيلة المحورية التي اعتمدت عليها هذه المستشفيات، وأصبح بذلك التسويق عنصر أساسي في هذه المستشفيات الخاصة التي تهدف إلى الربح حيث أنشئت إدارة للتسويق بها تتلخص مهمتها فيما يلي([1]):

أولا: إمداد المستشفى بالحقائق عن البيئة والسوق(الحجم، التكوين، الاتجاه).

ثانيا: وضع الأهداف السنوية، ومساعدة رؤساء الأقسام على وضع الخطط وتجميع الموارد المطلوبة لتحقيق هذه الأهداف.

ثالثا: إدارة وتنسيق كل الخدمات التسويقية المطلوبة بواسطة المنظمات المرتبطة بالمستشفى.

رابعا: العمل على تحسين استخدام أقسام المستشفى فعلى سبيل المثال لو أن رئيس قسم أشعة X أوضح أن الأجهزة والعمالة لا يعملان بالطاقة المخططة والمفروضة فإن مدير التسويق يعمل

* يقصد بالتحررية فتح السوق للمنافسة أمام مقدمي الخدمة الأجانب، أما التخاصية فتعني نقل المؤسسات المملوكة من الحكومة كليا أو جزئيا إلى القطاع الخاص.

[1] د.فوزي مدكور،مرجع نفسه،ص.243.

وبالتعاون مع رئيس قسم الأشعة على إيجاد مخرج لذلك أو البحث عن أعمال جديدة لتحسين اسـتخدام الموارد المتاحة.

خامسا: القيام بدور العلاقات العامة حتى في ظل وجود قسم للعلاقات العامة بالمستشفى.

سادسا: إدخال خدمات جديدة بالمستشفى.

سابعا: القيام ببحوث التسويق للتعرف على حاجات المرضى، إدراكهم وتفصيلاتهم ورغباتهم بحيـث يكون التركيز على:

- مستوى الخدمات الطبية والصحية المقدمة.
- الثقة في الخدمات المقدمة.
- تكرارية الخدمات بنفس الجودة والأداء والدقة.

واعتمادا على هذا وجب على إدارة التسويق تقييم رضا المريض عن جميع الخدمات الطبيـة والصحية المؤداة بواسطة مختلف الأقسام الطبية، وكذلك الخدمات المسـاعدة و الخـدمات الأخـرى، بالإضافة إلى توقيت أداء هذه الخدمات صباحا ومساء، بغية تحقيق رضا المريض باعتبـاره محركـا ومحددا لطاقات المستشفى كما ونوعا الأمر الذي يؤدي إلى خلق انطباع جيد عن المستشفى، كما تقـع على إدارة التسويق مسؤولية جلب أشهر وأمهر الأطباء لكي يكونوا ضمن فريـق أطبـاء المستشـفى والتسويق لهم كعنصر هام في السياسة الترويجية للمستشفى، باعتبارهم أول عناصر التفضـيل لـدى المرضى في تحديد قراراتهم نحو اختيار المستشفى، أي أن مدير التسويق أصبح اليوم مستشارا للمدير الطبي والإداري لتحديد الخدمات التي يجب إدخالها لجذب الأطباء للمستشفى وزيادة استخدام تسهيلات وخدمات المستشفى بفعالية أكبر.

استنادا إلى كل ما تقدم في هذا العنصر يمكن اعتبار التسويق الصحي علـى انـه "التحليـل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج التي لها تأثير في الخدمات الصحية والتي تأخذ في الحسـبان

اختيار الخدمات، ووضع السعر، وتحديد قنوات الاتصال، ومنافذ تقديم الخدمات، إضافة إلـى بحـوث التسويق"[1].

3/مستويات تسويق الخدمات الصحية

يستلزم تسويق الخدمات الصحية أساليب تسويقية مختلفة عن تسويق المنتجات المادية بسـبب الخصائص التي تتميز بها الخدمات عموما والخدمات الصحية على وجه الخصوص والتي أشرنا إليها سابقا*.وفي هذا السياق يشير بيتر دويل (Peter Doyle) إلى أن منظمات الأعمال تكون في العادة منتظمة في كل مستوياتها الوظيفية حيث هناك قسم يعنى بالتصنيع وقسم آخر يعنى بقضايا العاملين أما قسم التسويق فمسؤول عن القرارات التسويقية، أما في المنظمات الخدمية فبسبب أن الخدمات لا تخزن فإن الإنتاج والاستهلاك يحدثان بشكل آني وفي وقت واحد*، لذلك فان تنظيم العمليـة التسـويقية فـي المنظمات الخدمية يعتمد على بعدين أساسين هما درجة الاتصال بالزبون ودرجة(مسـتوى) الإعـداد المطلوب لتلبية طلبات الزبائن، وعلى هذا الأساس يتطلب نجاح المستشفيات التركيز علـى المرضـى والموظفين (الطاقم الطبي العامل) في آن واحد، بحيث يهتم هذا الطاقم برضا المريض، فتتشكل بـذلك علاقة بين الاثنين تكون عناصرها في النقاط التالية:

♠ نوعية الخدمات الداخلية، وتتمثل في الاختيار والتدريب الدقيق للطاقم الطبـي العامـل بالمستشـفى والاهتمام ببيئة المستشفى الصحية.

♠ وجود طاقم طبي راضى وفعال لما يتمتع به من ولاء وانتماء للمستشفى.

♠ نوعية متميزة للخدمات الصحية وجودة عالية للرعاية الطبية تحظى برضا المرضى.

♠ نمو وتطور أرباح المستشفى بفعل الأداء المتميز.

[1] د.زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص.332.

* انظر إ خصائص ا دمات ا بحث الأول من الفصل الأول.

* أنظر إلى خاصية التلازمية من البحث الأول الفصل الأول.

ونظرا لأهمية الاتصال المباشر بين المرضى والطاقم الطبي فإن تسويق الخدمات الصحية بصفة خاصة كما يذكر غرونروس (Gronroos) لا يتطلب تسويقا خارجيا فقط، ولكن أيضا تسويقا داخليا وتسويقا تفاعليا([1]).

أ/التسويق الخارجي للخدمات الصحية

وهو العمل الاعتيادي الذي يقوم به المستشفى، فبعد أن يحدد مدير التسويق السوق المستهدف، يوجه المستشفى جميع أنشطته لإشباع حاجات ذلك السوق في شكل مجموعة من الأنشطة التسويقية المتكاملة والمترابطة والتي تعتمد على بعضها البعض بغرض أداء الوظيفة التسويقية على النحو المخطط لها، وهذا ما يطلق عليه بالمزيج التسويقي الصحي الخارجي والذي يعبر عن تلك المتغيرات التي تخضع لإدارة وتحكم إدارة أو قسم التسويق في المستشفى وهي كما يلي:

أولا- المنتجات الصحية:

يمكن تعريف المنتج (الخدمة) الصحي على أنه "أوجه النشاط غير الملموس التي تقدم للمنتفع والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته"([2]). ويهدف المنتج الصحي إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المريض أو المنتفع منه، ويتم الحصول على هذا النوع من المنتجات(الخدمات الصحية) في المراكز الصحية من مستشفيات وعيادات سواء كانت عامة أو خاصة ومن أمثلة تلك الخدمات نذكر منها، الخدمات الوقائية، خدمات الفحص والتشخيص، خدمات الجراحة، خدمات العلاج وغيرها. ويمكن إبراز خصائص المنتج الصحي(الخدمة الصحية) في النقاط التالية[3]:

- إن المستشفى لا يبيع المنتج الصحي(الخدمة الصحية) في حد ذاته، وإنما يبيع الاستفادة أو الرضا الناتج عن أداء الخدمات المقدمة، سواء كانت تشخيصية أو علاجية أو جراحية.
- إن حاجات ورغبات المريض تكمن في تقليل القلق والتوتر الذي يشعر به، وزيادة فرص شفائه وتحسين صحته، ولهذا فإن الخدمة الصحية لابد أن تشبع تلك الرغبات.

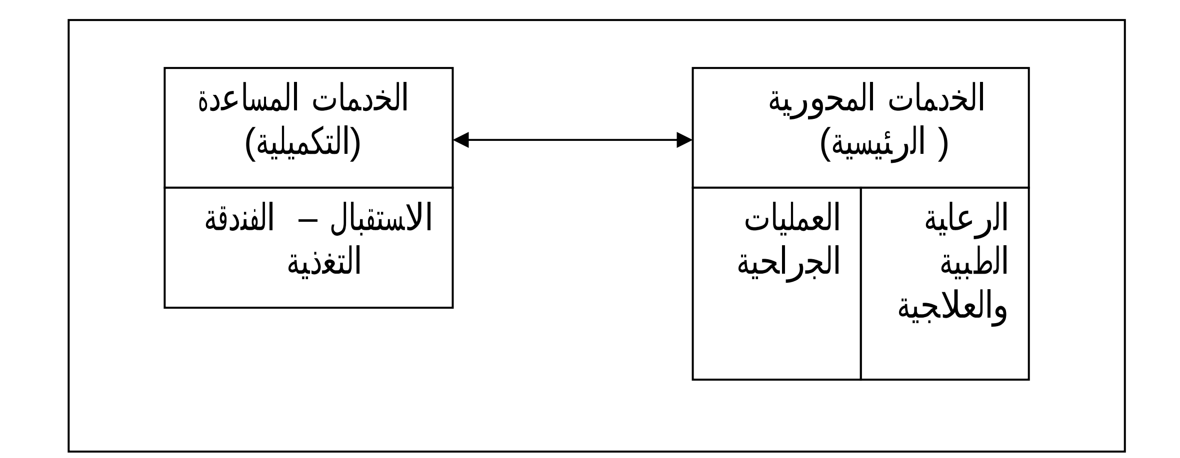
---

[1] محمود جاسم محمد الصميدعي،مرجع سابق،ص243.
[2] د.زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص338.
[3] د.فوزي مدكور،مرجع سابق،ص.197.

تقدم المستشفيات لعملائها(المرضى) حزمة من المنافع تتضمن تسليم الخدمة الجوهر، إضـافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمـة الجوهر*، ومجموع هذه الخدمات يشكل ما يسمى المعروض الصحي (المزيج الفرعي للخدمة الصحية) للمنظمة الصحية كما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل (10):

مكونات المعروض الصحي(المزيج الفرعي للخدمات الصحية)



المصدر: من إعداد الطالب

- **الخدمات الرئيسية:** وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعناية بها، والعلاج، وأقسـام الطوارئ، والعلاج الطبيعي، والعلاج بالأشعة، وعلاج الجهاز التنفسي، وخـدمات إ عـادة التأهيـل، وزراعة الأعضاء.

- **الخدمات المساعدة:** وهي عبارة عن خدمات داعمة للخدمات الرئيسية، وتتمثل أساسا في خدمات الاستقبال والفندقة والإقامة، خدمات التغذية، وغيرها التي توفر للمريض سبل الراحة.

* أنظر إلى الخدمة الجوهر والخدمات التكميلية الداعمة،المبحث الأول من الفصل الأول.

ثانيا- تسعير الخدمات الصحية

يعتبر التسعير من المشكلات الحساسة التي تواجه إدارة التسويق في المنظمات الصحية عند قيامها بتسعير خدماتها، لذلك فإن أهمية السعر تتحدد في كونه العنصر الحاسم في الإستراتيجية التسويقية فهو يؤثر على كل عنصر من عناصر المزيج التسويقي الصحي الخارجي، فضلا عن تأثره بعوامل التكلفة، والطلب، والعوامل التنافسية، كما أنه يؤثر على النجاح التسويقي في سوق الرعاية الصحية، لذا فإن الغرض الرئيسي من تسعير الخدمات الصحية هو محاولة تغطية التكلفة أو جزء منها، أو التكلفة مع هامش من الربح بهدف التوسع في تقديم خدماتها الصحية الجديدة أو تحسين الحالية، وكذلك للمساهمة في الإنفاق على التجهيزات والمستلزمات الطبية الضرورية لها، كما أن مقدار التكلفة التي تحاول المستشفيات أو المصحات تغطيته عن طريق الأسعار يتغير من مستشفى لآخر لعدة اعتبارات أهمها طبيعة وحجم المستشفى، موقعه الجغرافي ومستوى المنافسة، لذلك فعدم الدقة في تحديد الأسعار من قبل المستشفى يترتب عليه فقدان عملاء(مرضى) أو فرص تسويقية، وكلاهما مر، لذا فعلى المستشفى أن يحدد استراتيجيات التسعير التي تتناسب مع الموقف التسويقي، ومن أهم الطرق التي تستخدم في تسعير الخدمات الصحية نذكر([1]):

- **طريقة التسعير حسب التكلفة:** تعتبر هذه الطريقة شائعة في قطاع الخدمات الصحية، وهي شائعة الاستعمال بما تمتاز به من السهولة والبساطة في التطبيق، وتعني هذه الطريقة إضافة نسبة موحدة على التكاليف الكلية.
- **التأمين الصحي أو نظام الاشتراكات:** يتم تسعير الاشتراكات على أساس نتيجة الفحص الطبي العام الذي يجرى للمستفيد مع الأخذ بالاعتبار الأمراض التي أصيب فيها خلال فترة حياته السابقة مع ملاحظة بنْية الشخص وحيويته، كما ينظر إلى السن، يضاف إلى ذلك طبيعة العمل الذي يمارسه الشخص.
- **التسعير التنافسي:** لا تخضع معظم الخدمات الصحية للتوحيد القياسي، وهذا راجع إلى اختلاف مقدمي الخدمات الصحية وتخصصاتهم ومهاراتهم وإعدادهم، ويتم تقديم الخدمات الصحية عن طريق مزيج بين الجهد البشري والقدرات الشخصية، والمهارات، وعلى هذا يرتكز التسعير التنافسي.

---

[1] د.زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص346، 345.

- **التسعير على أساس الخدمة:** حيث يتقاضى أسعار مختلفة لقاء خدمة صحية معينة بسبب وجود اختلافات طفيفة فيها عند تقديمها، أو حسب الظروف المحيطة بتقديم هذه الخدمة الصحية، وقد جرت العادة على تسعير كل خدمة صحية على إنفراد، كالعمليات الجراحية، والتخدير، والفحوصات بالأشعة.
- **تسعير الإقامة بالمستشفى(الفندقة):** تتحدد أسعار الإقامة في المستشفيات في الأقسام المخصصة للعلاج بحسب الدرجات الموزعة إليها المستشفى، الجناح، الدرجة الأولى، والدرجة الثانية، والدرجة الثالثة...وهكذا.
- **تسعير على أساس التجهيزات الطبية:** تسعر الخدمات الصحية المعتمدة على التجهيزات الطبية على أساس سعر التكلفة مضافا إليها هامش من الربح، وفي المستشفيات العامة تحتسب ضمن القيمة الكلية، حيث ينظر إليها على أنها خدمات داعمة، أي أنها مكملة للخدمات الرئيسية.

أما في المستشفيات العامة التي لا تهدف إلى الربح فنجد أنها تعمل وفق أسس غير مالية، حيث الأموال تتحدد بواسطة المساهم والتي تكون عموما ممثلة في وزارة الصحة، أو المتبرع، وقد تقوم بعضا من هذه المستشفيات بتحديد أسعارها على أسس التوجه بالتكلفة أو التوجيه بالأهداف الاجتماعية.

ثالثا:توزيع(تقديم) الخدمات الصحية

تعتمد سياسة تقديم(توزيع)الخدمات الصحية على التقديم المباشر حيث العلاقة المتلازمة والمباشرة بين الطبيب والمريض، ويستخدم هذا الأسلوب في تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات بمختلف تخصصاتها والعيادات الطبية، والمراكز الصحية، وهذا راجع لخاصيتي التلازمية والهلامية* التي تتميز بهما الخدمات الصحية. كذلك فإن العامل الحاسم الذي يؤثر على تقديم الخدمات الصحية، و الذي يلعب دورا مهما في تسويقها بفعالية هو الموقع والذي يعبر عن المنفعة المكانية التسويقية، لذلك فإن عملية تحديد موقع المستشفى تخضع لعدة اعتبارات أهمها([1]):

* أنظر الى خاصيتي التلازم والهلامية،المبحث الأول من الفصل الأول.

[1] حسان محمد نذير حرستاني:إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، السعودية1990، ص.83.

- أن يكون المستشفى في متناول جميع الأفراد في منطقة الخدمة لسهولة الوصـول إليـه، وأن يكون قريبا من مصادر التوريد للتقليل من التكاليف التشغيلية، بجانـب بعـده عـن أماكن التلوث والضوضاء.
- يستحسن أن يكون المبنى مرتفعا بعض الشيء عن سطح الأرض لتأمين تصريف طبيعي لمياه الأمطار والسيول.
- أن تسمح المساحة التي يقام عليها المستشفى بالتوسعة المستقبلية، فضلا عـن التشـجير الذي يعطي صورة جمالية تتيح جوا نفسيا مريحا للمرضى والعاملين فيه على حد سواء.
- أن يتوافر على مواقف للسيارات بأعداد مناسبة يراعى فيها عدد العـاملين والمرضـى والزائرين، ويفضل فصل مواقف سيارات العاملين عـن مواقـف سـيارات المرضـى وزائريهم بما يسهل تنظيم هذه المواقف.

رابعا: المزيج الفرعي للعلاقات الاتصالية (ترويج الخدمات الصحية)

يعتبر مزيج العلاقات الاتصالية في مجال الخدمات الصحية على قدر كبير من الأهمية، فمـن خلاله يتم تحقيق هدفين:

- **الأول**: إقناع المراجع للخدمة (المريض) بقيمة وأهمية مزيج الخدمات الصـحية الـذي تقدمة المنظمة الصحية عن طريق إعادة عرض الخصائص غيـر الملموسـة للرعايـة الصحية وجعلها أكثر ملموسية من خلال الاستناد للشـواهد الماديـة كمبنـى المنظمـة الصحية والديكور الداخلي والأطباء، ويكون هذا باستخدام وسائل اتصال مرئية وسمعية لتقريب الصورة للعميل وفي الوقت ذاته تؤثر فيه.
- **الثاني**: التحكم في توقعات المراجع (المريض) من خلال منظومة العلاقات الاتصـالية، والعمل المتواصل على سد وإزالة الفجوة **The Gap** بين توقعات المراجع (المريض) (Patient's Expectation)، وتجاربـه ومدركاتـه (His Experiences and perception) والانطباع (The Image) الذي يتكون في ذهن المراجع (المريض) بعد حصوله على الرعاية الصحية من خلال التجربة الفعلية، علما بأن هذه العوامل الثلاثـة الأخيرة لها تأثير كبير في الحكم على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

وعموما يقصد بالمزيج الفرعي للعلاقات الاتصالية كل صور الاتصال الاقناعي النابعة من مقدم الخدمات الصحية والموجهة بالأساس نحو المستفيد من أجل إقناعه وحثه على الحصول على الخدمات الصحية التي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية أو وقايته من احتمال إصابته بأي مؤثر صحي يغير من طبيعته وسلوكه. كما أن المزيج الفرعي للعلاقات الاتصالية للخدمات الصحية عادة ما يستند على فكرة بسيطة تكون جوهر العلاقات الاتصالية، كأن تكون مثلا رعايتك مركز اهتمامنا، أو تعال إلينا لأننا نرعاك أكثر، وغيرها والتي تلقى ترحيبا لدى المستفيد.

ويختلف هدف ترويج الخدمات الصحية باختلاف نوع المستشفيات، ففي المستشفيات العامة التي لا تهدف إلى الربح يعمل الترويج على تحقيق الهدف الإعلامي لهذه المستشفيات وما تقدمه من خدمات صحية متنوعة، بغية إعلام الجمهور وتزويده بالمعلومات الضرورية عن هذا النوع من المستشفيات ومن ثم خلق المنفعة الإدراكية، أما في المستشفيات الخاصة التي تهدف إلى الربح فيهدف الترويج إلى توصيل الأفكار والارشادت الصحية التي تراها المنظمة هامة، وتدعيم وتنمية ما تقدمه هذه المستشفيات من خدمات للمحافظة على أسواقها أو زيادتها بالتوسع في خدماتها. ويشتمل مزيج العلاقات الاتصالية للخدمات الصحية على كل مكونات المزيج الترويجي The Promotion mix المتعارف عليها وهي: البيع (الاتصال) الشخصي، الإعلان، تنشيط المبيعات، الدعاية والنشر، بالإضافة إلى العلاقات العامة كعنصر خامس مضاف.

- **الاتصال الشخصي**: يعتبر أحد عناصر الترويج للمنظمة الصحية ويتم من قبل المنظمة مع السوق المستهدفة، وتخصص المنظمة الصحية بعض موظفيها مثل المرشدين الصحيين للتعامل على وجه التحديد مع المستفيدين من خدماتها، حيث يخلق هؤلاء تأثيرا وضاحا في المستفيدين عن طريق الزي الذي يرتدونه، وحديثهم، ومعاملتهم للجمهور([1]).

- **الإعلان:** ويعد أهم صور الاتصال حيث تتم نقل رسالة التوعية من خلال وسائل الإعلان واسعة الانتشار بتكاليف معقولة، ويجري اختيار وسائل الإعلان في المنظمات الصحية بحيث يكون ملائما لتوعية وإعلام المستفيدين من توافر الخدمات وشرح مزاياها، ويعد الترويج عن طريق الإعلان من الطرق الفعالة في تعريف المستفيدين والمواطنين بالخدمة بسبب طبيعة الطلب غير المستقر على تلك الخدمات([2]).

---

[1] د. زكي خليل المساعد: مرجع سبق ذكره، ص348.
[2] المرجع نفسه، ص 348.

- **تنشيط المبيعات:** تشمل كافة الجهود الترويجية الأخرى بخلاف الإعلان، والبيع الشخصي، والدعاية والنشر وتهدف إلى تنشيط طلب العملاء في الأجل القصير([1])، وذلك بإتباع تكتيكات تسويقية تعمل على رفع قيمة الخدمة والرعاية الصحية لدى المراجعين (المرضى)، من أمثلة المعارض والندوات والهدايا.

- **العلاقات العامة:** تلعب العلاقات العامة دور مهم في التعريف بالمنظمة الصحية والخدمات التي تقدمها، ويتجلى هذا مثلا من خلال قيام تلك المنظمة بتقديم خدمات مجانية تهدف لصالح أفراد الشعب في الكوارث والمحن، وكل هذا يخلق لها صورة جيدة لدى المجتمع والمحيط الذين تعمل فيهما.

ونظرا للخصائص التي تتميز بها الخدمات الصحية عن المنتجات الملموسة، فقد تم توسعة المزيج التسويقي الصحي الخارجي ليتواءم مع المكونات الأربعة السابقة من أجل إنجاح الخدمات الصحية، وهذا ما يعرف بمكونات مزيج العرض الصحي والموضح وهي([2]):

خامسا: الأفراد

يوجد داخل المستشفى فئات متعددة من الأفراد المشاركين سواء كانوا مباشرين أو غير مباشرين أو مساعدين أو إداريين أو غيرهم من المشاركين في تقديم الخدمات الصحية وتسهيلها للعملاء(المرضى)، وهذا يتطلب من إدارة التسويق حسن اختيار وتدريب وتحفيز هؤلاء المشاركين ورقابتهم، وكذلك ضرورة الاهتمام بالمظهر العام والنظافة الشخصية واللغة المناسبة والحالة النفسية الطيبة لجميع الأفراد المقابلين للمريض منذ دخوله إلى المستشفى وحتى خروجه منها، من أجل خلق انطباع جيد لدى هذا المريض عن المستشفى وخدماته والعاملين به مما يؤدي إلى تعزيز الصورة الذهنية للمستشفى.

---

[1] د.عوض بدير الحداد: مرجع سبق ذكره، ص253.
[2] د.فوزي مدكور،مرجع سابق،ص42.

سادسا:الشواهد(التسهيلات)المادية

وتتضمن كافة الجوانب الملموسة المتاحة في المستشفى والتي تسهل عملية تقـديم الخـدمات الصحية وتخلق نوع من الثقة في كيفية أدائها وبالتالي تحقيق التميز، وتتكون التسهيلات المادية من:

- اختيار الموقع للمستشفى.
- المبنى الجذاب للمستشفى.
- وجود حدائق خضراء محيطة بالمستشفى.
- وضع العلامات الإرشادية المختلفة.
- الاهتمام بالتسهيلات الداخلية من أثاث وإضاءة وحجرات مختلفـة ودورات ميـاه، وأن تكون ذات ألوان ملائمة.
- وجود مواقف للسيارات.

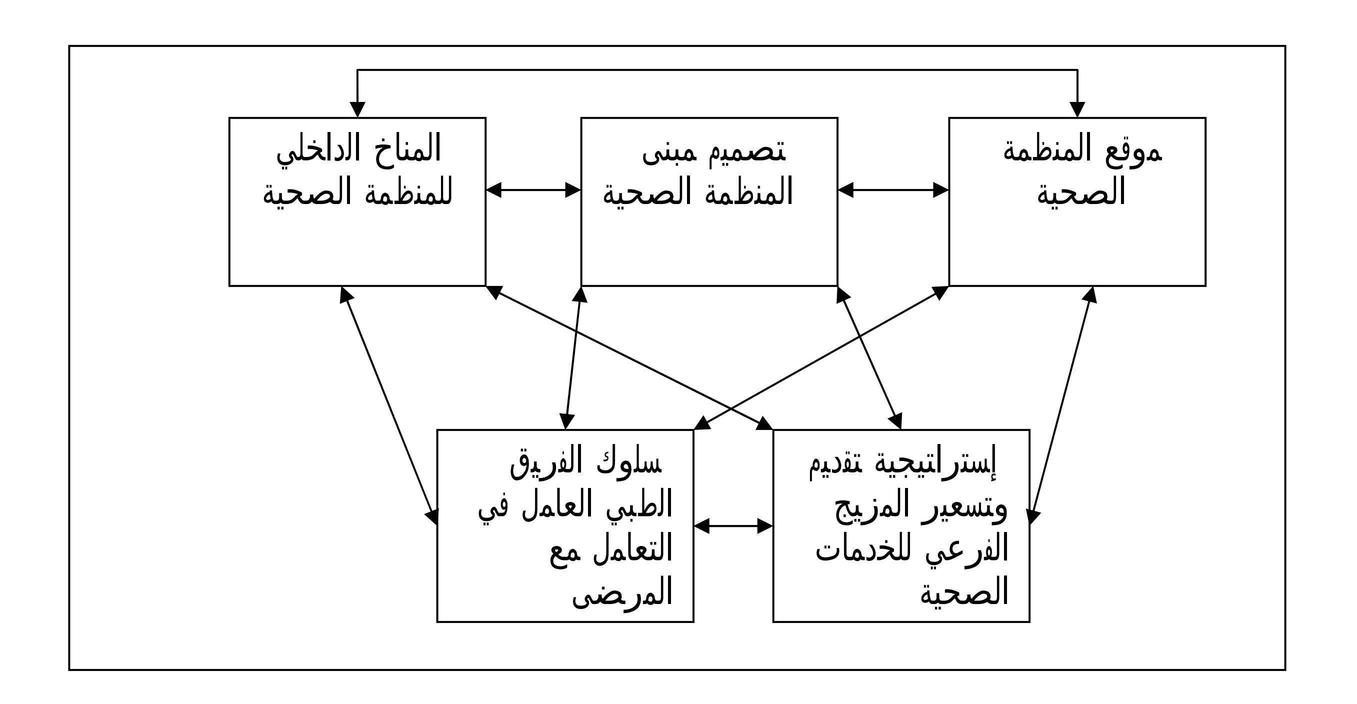
سابعا:عملية تقديم الخدمات الصحية(العمليات)

وتشمل على كافة الأنشطة والعمليات التي تؤدى أثناء تقديم الخدمات الصحية، وكذلك الكيفيـة التي يتم بها هذا التقديم، مثل الترحيب والاستقبال الحسن، مما ينعكس بالإيجاب على جودة الخـدمات الصحية المقدمة للمرضى.

والشكل الموالي يوضح مكونات مزيج العرض الصحي:

الشكل (11):

مكونات مزيج العرض الصحي



المصدر: من إعداد الطالب

ومن أجل تحيق هذا التميز والعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية تكـون المستشـفيات ملزمة بنشر ثقافة التغيير لدى العاملين لديها، وترسيخ فكرة أن المستفيدين من خدماتها هم عبارة عـن أصول خارجية لابد من المحافظة عليهم، لذلك فإنه من الضروري بمكان إقناع الأفراد داخل المستشفى بأهمية ما يقدمه هذا الأخير من خدمات صحية وإسهام عملهم في تحقيق أهداف المستشفى وذلك قبـل القيام بأي تسويق خارجي لخدماته، وكل هذا يتم عن طريق ما يسمى بالتسويق الداخلي.

ب/ التسويق الداخلي للخدمات الصحية

الفكرة الأصلية للتسويق الداخلي مستمدة من فلسفة التسويق الذي يقوم على الـدور الرئيسـي للعميل والأهداف الأساسية للمنظمة الموجهة سوقيا لإشباع حاجات العميل، وما يركز عليـه التسـويق الداخلي هو إعادة التأكيد على أهمية الأفراد الذين يخدمون العملاء، فقد عرف بيـري (Berry,1980) التسويق الداخلي على انه "تطبيق فلسفة وسياسات التسويق على الناس(العاملين داخل المنظمة) الـذين يخدمون العملاء، وبالتالي إنهم أفضل الناس الممكن توظيفهم والمحافظة عليهم والذين سيعملون بأقصى ما لديهم"[1]، لو تمعنا إلى هذا التعريف لوجدناه ينظر إلى العاملين في المنظمة على أنهم عملاء لها في الداخل. لهذا فإن التسويق الداخلي للخدمات الصحية ينطلق من قاعدة مفادها أن الاهتمـام يجـئ أولا بالعاملين داخل المستشفى Employees come first وتستند هذه القاعدة إلى حقيقة مفادها أنه إذا لـم تُسوقْ المفاهيم والتوجيهات إلى العاملين داخل المستشفى، فإن نجاح هذا الأخير فـي جـذب العمـلاء الخارجين (المرضى) والحفاظ عليهم يعتبر أمر صعب التحقيق.

إن زيادة الحاجة إلى التسويق الداخلي للخدمات الصحية يمكن إرجاعها إلى الاهتمام المتزايـد بالعنصر الإنساني على أنه حجر الزاوية في نجاح المستشفيات اليوم، وبصفة عامـة فـإن التسـويق الداخلي للخدمات الصحية يركز على إدارة عمليتين أساسيتين:

أولا: إدارة الاتجاهات.

ثانيا: إدارة الاتصالات.

وتشير النقطة الأولى إلى ضـمان توجـه كافـة العـاملين فـي المستشـفى علـى خدمـة العميل(المريض) ومحاولة نشر الفكر الخاص بأنسب أساليب التعامل مع المرضـى، فيخلـق رضـا المرضى عن المستشفى وخدماته، والعاملين، ترويجا عن المستشفى، مما يعـزز الصـورة الذهنيـة للمستشفى. أما إدارة الاتصال فيقصد بها ضمان وجود نظام جيد للاتصال بين المسـتويات الإداريـة المختلفة للمستشفى وضمان تدفق المعلومات التي تمكنهم من إنجاز الأعمال المطلوبة منهم وخاصة تلك الوظائف ذات الصلة المباشرة بالعملاء. أما الأنشطة المتعلقة بالتسويق الداخلي فتتضمن كل وظيفة أو

[1] د.هاني حامد الضمور،مرع سابق،ص.284.

نشاط له تأثير على التسويق الداخلي بطريقة أو بأخرى ويؤثر على التوجه بالسوق أو تحقيق الرضـا للمريض، وتتكون هذه النشطة من[1]:

- التدريب.
- دعم الإدارة.
- الاتصالات الداخلية والمعلومات الدائمة.
- إدارة الموارد البشرية.
- الاتصالات الخارجية.
- بحوث التسويق.

انطلاقا من هذا يمكن اعتبار التسويق الداخلي على أنه عنصر متـرابط مـع الإدارة هدفـه بالأساس تمكين العاملين داخل المستشفى من أجل خدمة المرضى والتعامل معه بشكل يحقق لهم الرضا ويمكِن من تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وهذا لن يتم إلا عن طريق ما يسمى بتسويق العلاقـة للخدمات الصحية.

ج/ تسويق العلاقات للخدمات الصحية

نظرا للأهمية القصوى التي يمثلها العميل(المريض) بالنسبة للمستشفيات، فإنـه أصـبح مـن الضروري بمكان الحفاظ على هذا الأخير نظرا لما يمثله من قيمة مهمة وضرورية لتواجد واسـتمرار بقاء هذه المستشفيات من التواجد، وهذا يحتم عليها التشغيل الفعال لمنظومة علاقاتها مع عملائها مـن خلال ما يسمى بتسويق العلاقات والذي يمكن تعريفه على أنه "عبارة عن آلية تعتمد على مجموعة من الأنشطة والخطوات المستمرة، التي تسعى إلى الاحتفاظ بالعملاء، وصولا إلى ما يعرف بعميل مـدى الحياة"([2]). وعرفه لوف لوك Lovelock كذلك على أنه "فلسفة أداء العمل، إضافة إلـى أنـه توجـه

---

[1] د.فريد الصحن،مرجع سابق،ص.412.

[2] د.إلهام فخري أحمد حسن:التسويق بالعلاقات،الملتقى العربي الثاني،التسويق في الوطن العربي الفرص والتحديات،المنظمة العربية للتنمية الإدارية،الدوحة،قطر،6-8أكتوبر2003،ص.395.

إستراتيجي للمنظمات، يتم من خلال التركيز على الاحتفاظ بالعملاء الحاليين وتطوير العلاقـة معهـم، بدلا من التركيز فقط على جذب العملاء الجدد بشكل مستمر"[1].

يتبين لنا من خلال هذين التعريفين أن التسويق بالعلاقات للخدمات الصحية يتم من خلال ثلاثة جوانب مكملة لبعضها البعض وهي كالآتي:

أولا: الاحتفاظ بالعملاء(المرضى).

ثانيا: تعزيز العلاقات الداخلية والخارجية للمستشفيات.

ثالثا: الاهتمام بخدمة المرضى وجودة الخدمات الصحية المدركة.

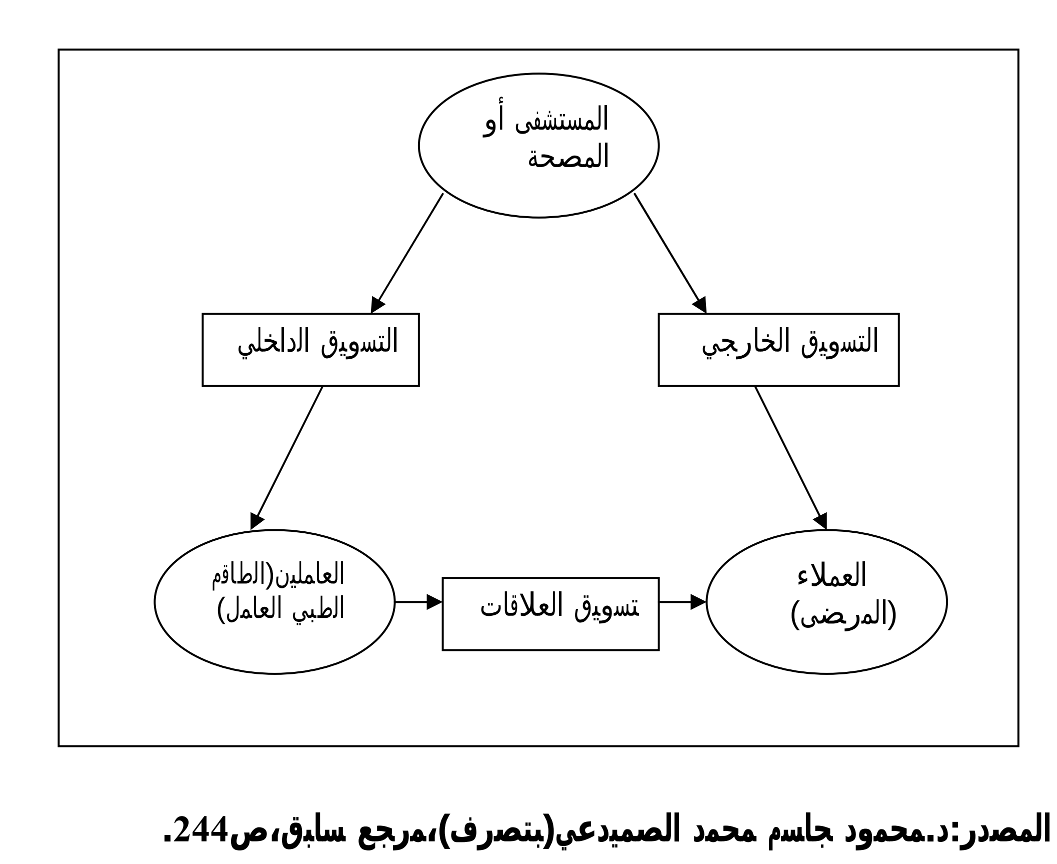
إن العنصر الرئيسي في تسويق العلاقات للخدمات الصحية هو العميل(المريض)، لذلك توجب على هذه المنظمات التركيز على خدمة العميل بكفاءة منذ الوهلة الأولى من خلال حسن التعامل معـه إضافة إلى تقديم خدمات ذات جودة عالية ومتميزة تفوق توقعات المريض مما يخلق له انطبـاع جيـد وهذا لن يكون إلا عن طريق التسويق الداخلي الذي يعمل على التركيز على العاملين وتـدريبهم علـى الطرق والأساليب الحديثة في التعامل مع المرضى بغية الوصول إلى درجة عالية من التعامل .

والشكل الموالي يوضح مستويات تسويق الخدمات الصحية:

[1] د.إلهام فخري أحمد حسن، المرجع نفسه، ص.395.

الشكل (12):

مستويات تسويق الخدمات الصحية



المصدر:د.محمود جاسم محمد الصميدعي(بتصرف)،مرجع سابق،ص244.

4/أهمية تسويق الخدمات الصحية

تعيش معظم المنظمات الخدمية في الوقت الحاضر عصر التسويق، حيث تمثل قضية التسويق الفعال محور اهتماماتها نظراً للدور التأثيري الهام الذي يلعبه النشاط التسويقي كمحدد لنجاح تلك المنظمات، والمنظمات الصحية كغيرها من المنظمات الخدماتية، حيث نجد أن المنظمات الصحية التي تهدف والتي لا تهدف إلى الربح تتطلع إلى التسويق بأمل وجود طريقة جديدة توصلها إلى حل المشاكل التي تواجهها من أجل الحفاظ على مستوى إنتاجي والعمل على تحسين جودة خدماتها بغية تحقيق رضا العميل(المريض)، أي أن التسويق أصبح وظيفة أساسية ومهمة لهذه المنظمات سواء كانت تهدف إلى الربح(المستشفيات الخاصة) أو لا تهدف إلى الربح(المستشفيات العامة).

أ/ أهمية التسويق في المستشفيات الهادفة للربح

يلعب التسويق أهمية كبيرة وقصوى في هذا النوع من المستشفيات نظرا لطبيعة البيئة التي تعمل فيها من ارتفاع التكاليف وازدياد المنافسة ورغبة هذه المستشفيات على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تبقيها من التواجد في سوق تنافسية ذات درجة عالية من التحرر والمنافسة، وبذلك تتحدد أهمية التسويق في النقاط التالية([1]):

أولا: يعمل التسويق على تحديد السوق المستهدف وهم المستفيدون الحاليون والمرتقبون الذين تقدم لهم الخدمات الصحية المختلفة، بما يتلاءم ومشاكلهم الصحية وأمراض البيئة المحيطة.

ثانيا: إن ازدياد أشكال الخدمات الصحية والطبية المؤداة، وازدياد تكنولوجيا المستشفيات أضاف بعدا جديدا للمنافسة بين المستشفيات، مما أثر على الدور الذي يلعبه التسويق في هذه المنظمات لإشباع رغبات واحتياجات الأفراد(المرضى) في السوق المخدوم.

ثالثا: يعمل التسويق على زيادة اختراق الأسواق الحالية وإضافة أسواق جديدة أو كليهما معا، وأيضا التأثير على نمط الاستخدام الحالي للإمكانات المتاحة من خلال استخدام عناصر المزيج التسويقي.

رابعا: يعمل التسويق على قياس اتجاهات المرضى وحاجاتهم، وأيضا اختيار الوسيلة المثلى للبدائل الترويجية الملائمة.

خامسا: إن الوظيفة التسويقية تعمل على إشباع احتياجات ورغبات الأفراد (المرضى).

سادسا: إن التسويق من خلال التنبؤ بالطلب سوف يساعد في التحديد الأمثل للطاقات والتسهيلات اللازمة، مما يسهم في إشباع رغبات الفئات المختلفة التي يتم خدمتها بكفاءة عالية وجودة راقية.

سابعا: تنمية الوعي الصحي أو التثقيف الطبي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية.

[1] د.فوزي مدكور،مرجع سابق،ص29،30.

ثامنا: توفير الخدمات الصحية للمستفيدين في الوقت المناسب والمكان المناسب وبالجودة المناسبة وفي حدود إمكانيات المستفيد المرتقب.

تاسعا: يعمل التسويق على إتمام عمليات التبادل بين المرضى والمستشفى من خلال إدارة عمليات الشراء والبيع للسلع والخدمات المؤداة وما يتطلبه ذلك من:

- جمع المعلومات.
- استخدام الأساليب والطرق المختلفة لتقدير حجم الطلب.
- تقدير الطاقة من العمالة اللازمة لخدمة المرضى كالأطباء والممرضات والفنيين المساعدين والعمالة الأخرى، وأيضا تقدير حجم أسرة المستشفى وتجهيزاتها لمواجهة ومقابلة الطلب.
- يعمل التسويق على حل مشاكل الاستخدام للطاقات المتاحة بالمستشفى من خلال التأثير في نمط الاستخدام من خلال الخدمة والسعر والمكان والترويج وهي عناصر المزيج التسويقي المعروفة.
- إن أساليب التسويق يمكن أن تستخدم في قياس الحاجات المدركة الحالية للمرضى أو المرضى القادمين واختيار الوسائل المختلفة البديلة للترويج للخدمات الصحية.
- العمل على تحسين صورة المستشفى في أذهان الناس من خلال الإدارة الفعالة للاتصالات التسويقية بأشكالها المختلفة كالإعلان والعلاقات العامة والبيع الشخصي والترويج؛ ويتضمن هذا الدور الاهتمام بالمظهر العام للمستشفى بمختلف مرافقه. وكذلك يعمل على تطوير وتحسين وتسعير وترويج وإدارة المنتجات الخدمية الصحية التي يقدمها المستشفى. علاوة على ذلك، تَحمل إدارة التسويق على عاتقها مسؤولية زيادة عدد عملاء المستشفى ومتابعة مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى .

ب/أهمية التسويق في المستشفيات غير الهادفة للربح

جذب التسويق الاجتماعي اهتمام العديد من المنظمات غير الهادفة للربح ومنها المستشفيات العامة التي تعمل على تحقيق خدمة المصلحة العامة، وهذا من خلال رفع المستوى الصحي وتقديم خدمات متميزة لجموع المرضى ورفع كفاءة أدائها، وبذلك تكون أهمية التسويق في هذه المستشفيات كبيرة والتي نلخصها في النقاط التالية:

أولا: يعمل التسويق على ترشيد الموارد الاقتصادية لهذا النوع من المستشفيات والتي تؤثر مباشرة على ملايين من البشر، وكذلك يعمل على جذب المتبرعين والمساهمين لتدعيم أنشطة هذه المستشفيات وخدماتها.

ثانيا: تنبع أهمية التسويق من فشل هذه المستشفيات في إدارة وظائفها التسويقية بفعالية، وهذا يعني إضافة تكاليف اقتصادية واجتماعية وضياعها، فلو أن الأمراض الناجمة عن التدخين في تزايد وأن الأمراض المتوطنة في انتشار مذهل فهذا يعني فشل هذه المنظمات المسؤولة في تتبع هؤلاء الأفراد المتضررين وإقناعهم بالابتعاد عن العادات الصحية السيئة التي تضرهم وتضر المجتمع بأسره.

5/ تخطيط النشاط التسويقي في المنظمات الصحية

تعمل المنظمات الصحية كغيرها من المنظمات، في بيئة تتميز بالتغير وعدم التأكد وهي بدورها في حالة تطور مستمر، لذلك يجب أن يحتل التخطيط للتسويق الصحي المكان الأول في إدارة التسويق في المنظمات الصحية، حيث تعد إدارة التسويق في المنظمات الصحية الجهاز المفكر والمبدع الذي يقوم بتفسير احتياجات العملاء وترجمتها على ارض الواقع في شكل خدمات للرعاية الصحية تحقق رضا المريض وتسمح للمنظمة الصحية بالاستمرار في النشاط نتيجة التبادل المحقق بينها وبين عملائها. لذلك يعنَى التخطيط التسويقي باستصدار الأهداف التسويقية وتصميم البرامج التسويقية المتوقع لها التنفيذ في المستقبل. وفي هذا الإطار فإن على المنظمات الصحية أن تعمل على وضع الإستراتيجية التسويقية لها وفقا لمتطلبات أوضاعها الداخلية واستشرافا للبيئة التي تعمل فيها، حتى تُمكِن لنفسها من مواجهة التحديات وتعظيم الفرص التي تفرضها البيئة الخارجية وتثمين نقاط القوة والتخاص من نقاط الضعف التي تنتج عن البيئة الداخلية للمنظمة.

أ/ مفهوم الإستراتيجية التسويقية

المعنى الحرفي لكلمة "إستراتيجية Strategy" هو فن عمل الجنرالات، لكونها كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية القديمة Strategos والتي كانت لقبا عسكريا يطلق على من يمنح رتبة "جنرال"، ومن ثم يكون معناها فن ما يقوم به الجنرالات أو قادة الجيوش. ومنذ عصر القائد نابليون Napoleon أصبحت الكلمة تعني "فن وعلم تخطيط الحركات السياسية والاقتصادية والعسكرية التي تهدف إلى تحسين فرصة تحقيق النصر على الأعداء".[1]

وقد توسع مفهوم الإستراتيجية ليشمل مجال الأعمال منذ بداية الستينيات، وقد عرفها تشاندلر Chandler على أنها: "الإستراتيجية هي تحديد الأهداف طويلة الأجل للمنظمة وتخصيص الموارد لتحقيق تلك الأهداف"[2]. وقد عرفّت الإستراتيجية كذلك على أنها: "الإستراتيجية هي الصورة الكبرى التي يتم إنتاجها على المدى الطويل، بعكس التكتيكات التي هي أنشطة قصيرة الأجل، وأن اختيار الإستراتيجية يتأثر أولا بالأهداف، وثانيا بالموارد المتاحة لدى المنظمة"[3]. أما أنصوف فيرى أن الإستراتيجية يقصد بها تلك القرارات التي تهتم بعلاقة المنظمة بالبيئة الخارجية بحيث تتسم الظروف التي يتم فيها اتخاذ القرار بجزء من عدم المعرفة وعدم التأكد، ومن هنا يقع على عاتق الإدارة عبء تحقيق تكييف المنظمة لهذه التغيرات.

أما فيما يخص الإستراتيجية التسويقية فيقصد بها تحديد الأسواق المستهدفة وإعداد المزيج التسويقي المناسب لها وبالتالي تعتبر هذه الإستراتيجية قلب خطة التسويق النابض التي تقوم إدارة التسويق بإعدادها وتَتَبِعها المنظمة الصحية، وتعتمد الإستراتيجية التسويقية على تحليل المواقف وتحديد أهداف المنظمة الصحية، كما تُعنَى إستراتيجية التسويق بعلاج وتطويع المتغيرات التي تستطيع المنظمة الصحية التحكم فيها مع المتغيرات التي لا تستطيع التحكم فيها والتي تمثل متغيرات البيئة الخارجية.

---

[1] د.سعيد محمد المصري:مرجع سبق ذكره، ص189.

[2] Mohamed Séghir Djitli: Marketing Strategic, Eurl Ibn Sina Edition, Impression & diffision, Alger, algerie, 2001.P15.

[3] بول سميث: أفضل الإجابات لأصعب أسئلة التسويق، ترجمة مكتبة جرير، ص83.

ب/ مراحل إعداد الإستراتيجية التسويقية

تتضمن عملية إعداد الإستراتيجية التسويقية للمنظمة الصحية خمسة مراحـل[1] أو مسـتويات كما يلي:

أولا- تحديد رؤية المنظمة ورسالتها وأهدافها

تعكس الرؤيا تصور الإدارة العليا لما ستكون عليه المنظمة الصحية في المدى الطويل وعادة ما تتمحور حول العميل بحيث تعكس قيم المنظمة وفلسفتها، أما الرسالة فإن السؤال الأول الذي يجـب على المنظمة الصحية أن تجيب عليه قبل تحديد إستراتيجيتها التسويقية، يتعلق حول سـبب وجودهـا (مهمتها)، أي ماذا تخدم المنظمة الصحية في سوق الرعاية الصحية؟، وما هي مهمتهـا الأساسـية؟. ويمكن تعريف رسالة المنظمة على أنها تلك الخصائص الفريدة في المنظمة والتي تميزها عن غيرهـا من المنظمات المماثلة لها. أي أن رسالة المنظمة عبارة عن صياغة لفظية مكتوبة أو شـفوية تعكـس التوجهات الأساسية للمنظمة الصحية.

إذن فرسالة المنظمة الصحية تحاول الإجابة عن التساؤلات التالية[2]:

- لماذا نتواجد؟.
- ما هو مجال أعمالنا؟.
- ما هي أهم خدمة لنا؟.
- من هم عملاؤنا؟.
- لماذا يأتون إلينا؟.
- كيف تغيرنا خلال الخمس سنوات الماضية؟.
- ما هي أهم نقاط قوتنا ونقاط ضعفنا؟.
- ما هي القضايا الفلسفية المهمة لنا؟.
- ماذا سنفقد إذا انقطعنا عن العمل؟.

كما أن تحديد رسالة المنظمة يرتكز على خمسة عناصر[3]:

- الأول يخص تاريخ المنظمة الصحية.

[1] Mohamed Séghir Djitli : Op-cit, p22.

[2] Steven G.H & Eric.N.Berkowitz: Opcit, p69.

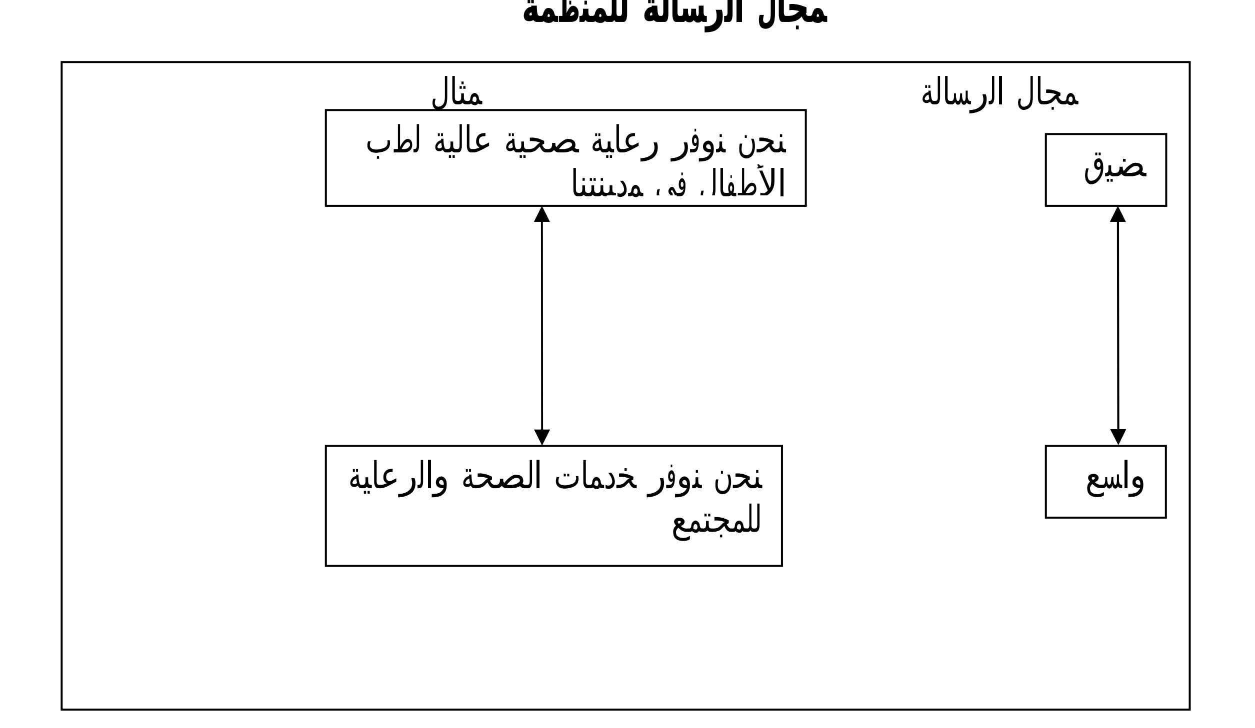
[3] The same reference, P69.

- الثاني يتمثل في طموحات وأمال المنظمة الصحية.
- الثالث يتعلق بموارد المنظمة الصحية وقيمها التنظيمية التي تساهم في تحديد مهمتها.
- الرابع يعكس مستقبل المحيط الخارجي المحتمل وما يعكسه من فرص وتهديدات.
- الخامس يتعلق بكفاءات المنظمة المميزة الداعمة لرسالتها.

وتجدر الإشارة أن رسالة المنظمة الصحية ليست ثابتة وقد لا تستمر على وضعها وقد ينالها التغيير نتيجة التغير في حاجات ورغبات المستهلك من جهة والتطور التكنولوجي من جهة أخرى. ويقول إسماعيل محمد السيد: "بأن درجة اتساع الرسالة الخاصة بالمنظمة تعتمد على تقدير الإدارة العليا للمنظمة، ولكن لا ينبغي أن تكون الرسالة ضيقة ومحدودة للغاية، ولا متسعة للغاية"([1]). والشكل الموالي يوضح ذلك.

الشكل (13):

مجال الرسالة للمنظمة



Source: Steven G.H & Eric.N.Berkowitz: Op-cit, p70.

وحتى تكون رسالة المنظمة الصحية مفيدة يجب أن تتضمن المعلومات التالية:

[1] إسماعيل محمد السيد: الإدارة الإستراتيجية، مفاهيم وحالات تطبيقية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 1995، ص5.

- الخدمات الرئيسية التي تقدمها المنظمة الصحية
- العملاء المستهدفين.
- البعد الجغرافي لنشاط المنظمة الصحية.
- الصورة الذهنية (بعد الطابع) المستهدف بناءها أو تكوينها لدى العملاء.

بعد تحديد المنظمة الصحية لرسالتها يتم تحويلهما إلى عدد من الأهداف المحدودة والملموسة. والهدف هو ما تريد المنظمة الصحية تحقيقه خلال فترة زمنية محددة من خلال الاستخدام الأمثل والأفضل للموارد المتاحة لها، وبالتالي فالأهداف ما هي إلا خطوات محددة لكيفية تحقيق الرسالة الخاصة بالمنظمة الصحية، والذي يفرق بين الرسالة والهدف هو أن الأولى فلسفية ولا يمكن قياسها، أما الأهداف فهي محددة وملموسة ويمكن التأكد من تحقيقها وقياس مدى نجاح المنظمة الصحية في الوصول إليها.

وتعد الأهداف أداة لتوجيه إستراتيجية وسياسة المنظمة الصحية، أو أي منظمة مهما كان مجال نشاطها. لذلك ينبغي أن تتوفر في الأهداف الشروط التالية حتى تصبح أهدافا بالمعنى السليم، حيث أُصطُلِح على تسمية هذه الشروط بمصطلح **S.M.A.R.T** وهي الأحرف الأولى لهذه الشروط المفروض توافرها[1]:

- أن تكون الأهداف محددة **Specific**، فالأهداف يجب تحديدها بدقة وينبغي أن تكتب بوضوح بهدف الرقابة عليها والمقارنة.
- أن تكون الأهداف قابلة للقياس **Measurable** إما على أساس وحدات أو قيم أو غير ذلك من المقاييس، وحتى الأهداف غير الملموسة كالرضا الوظيفي والمعنوية يمكن قياسها.
- أن تكون واقعية وقابلة للتحقيق **Achievable** حيث أن تحديد الأهداف بعيدة المنال قد يؤدي إلى أثار عكسية على معنويات الأفراد ويثبط من عزيمتهم، وبالتالي يجب أن لا تكون الأهداف صعبة المنال.

[1] د.محفوظ أحمد جودة: إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى،عمان،الأردن، 2004، ص، 115، 116.

■ أن تكون متعلقة بنفس الموضوع **Relative**، أي المجال الذي تنشط فيه المنظمة.

■ ضمن إطار زمني **Time frame** ينبغي تحديد الأهداف من الناحية الزمنية، كأن يحدد إطار زمني لمدة شهر أو سنة أو سنتين لتحقيق الأهداف.

ثانيا- التشخيص الداخلي والخارجي للمنظمة الصحية

تعد بيئة المنظمة الصحية (الداخلية والخارجية) من العوامل الهامة التي تحدد نجاح المنظمة الصحية وتواجه نظم الرعاية الصحية بصفة عامة والمنظمات الصحية بوجه خاص بيئة على درجة عالية من التركيب والتغيير والتعقيد، لما يحدث في هذه البيئات من تغيرات وتعديلات في القواعد والقيم والأساليب، هذا بجانب العديد من العوامل البيئية الأخرى التي يؤدي تجاهلها عادة إلى تقليل فرص الاستقرار والنجاح لأي منظمة صحية.

إلا أنه رغم تزايد درجة التعقيد والتغيير في البيئة الخارجية، فهناك اتجاه قوي ومتزايد في الاهتمام بنشاط التحليل والتشخيص للبيئة الداخلية والخارجية بهدف تحقيق نوع من التكيف بين الإمكانيات الداخلية للمنظمة الصحية والمتطلبات الخارجية. ومن هنا فإن دراسة وتحليل البيئة الداخلية والخارجية تعتبر أحد النقاط الهامة عند إعداد الإستراتيجية التسويقية للمنظمة الصحية، حيث يتوقف نجاح هذه الإستراتيجية التسويقية على مدى نجاعة التحليل والتشخيص الداخلي والخارجي للمنظمة الصحية.

• التشخيص الداخلي

قبل أن تبدأ المنظمة الصحية في إعداد الإستراتيجية التسويقية عليها أن تتعرف على عناصر القوة التي لديها والتي يمكن الاعتماد عليها في المستقبل، كما يجب عليها أيضا أن تتعرف على نقاط الضعف التي يجب تجنب التأثر بها والتي ينبغي على المنظمة الصحية علاجها قبل البدء في إعداد إستراتيجيتها التسويقية.

وتعرف نقاط القوة (Strengths) على أنها خصائص تتميز بها المنظمة (المنظمة الصحية) عن غيرها من المنظمات والتي تعمل في ذات مجال المنافسة. وهذه الخصائص قد تكون في بعض أو كل الجوانب التالية: الإدارة والتنظيم، القدرة المالية، الإطارات من الموارد البشرية، تكنولوجيات

التشغيل، خصائص الخدمات وسياسات برامج التسويق، مجالات البحوث والتطوير، السـمعة الذهنيـة للمنظمة أو الانطباع. أما نقاط الضعف (Weaknesses) فتتمثل في الخصائص التـي تعـاني منهـا المنظمة (المنظمة الصحية) في كل أو بعض الجوانب السابقة، أو في نقاط القوة التـي تتـوفر لـدى المنافسين ولا تتوافر لدى المنظمة بذات الدرجة([1]).

- **التشخيص الخارجي**

نظرا للتأثير الفعال الذي تلعبه البيئة الخارجية في المنظمة الصحية، فإنه يتحـتم علـى هـذه الأخيرة من أجل ضمان فرص النجاح والبقاء في سوق الرعاية الصحية أن تقـوم بدراسـة العوامـل البيئية الخارجية وتحليلها بدقة، ومحاولة الاستفادة من اتجاهات العوامل ودرجة تأثير كل منها، وبالتالي اغتنام الفرص (Opportunities) الموجودة والكامنة من جهة وتجنب التهديـدات (Threats) التـي تشكلها مكونات البيئة الخارجية. وتتكون البيئة الخارجية للمنظمة الصحية عموما من مجموعتين مـن المتغيرات البيئية هما:

- **المتغيرات البيئية العامة (الكلية)**: وتشمل على ما يلي:

- المتغيرات الاقتصادية.
- المتغيرات السياسية / التشريعية.
- المتغيرات الديموغرافية.
- المتغيرات الاجتماعية والثقافية.
- المتغيرات التكنولوجيا.

- **المتغيرات البيئية الخاصة**: وتشمل على ما يلي:

- المراجعون للخدمات الصحية (المرضى).

[1] د.سعيد محمد المصري:مرجع سبق ذكره، ص193.

- المنافسون.
- المؤسسات المجتمعية التي لها علاقة بالمنظمة الصحية.
- الموردون.

ويعرض الشكل التالي تصورا لمكونات البيئة الخارجية للمنظمة الصحية:

الشكل (14): مكونات البيئة الخارجية للمنظمة الصحية

المصدر: من إعداد الطالب

ويمكن تعريف الفرص على أنها اتجاهات في بعض أو كل عوامل البيئة الخارجية من المتوقع أن يكون لها أثر ايجابي على أرباح المنظمة (المنظمة الصحية) إذا ما أمكن استغلالها بطريقة فعالـة. أما التحديات فتعرف بأنها اتجاهات في عوامل البيئة الخارجية من المتوقع أن يكون لها أثر سلبي على أرباح المنظمة إذا لم تتمكن المنظمة (المنظمة الصحية) من الحد منها، أو مواجهتها للقضاء عليها([1]).

وبصفة عامة فإن التشخيص الخارجي للمنظمة (المنظمة الصحية) يشـمل العناصـر والتـي نوردها في النقاط الثلاث التالية([2]):

■ **المحيط:** ويمثل مجموع المتغيرات الخارجة عن نطاق المنظمة الصحية والقادرة على التـأثير عليها (محيط اقتصادي، سياسي، ثقافي، اجتماعي، تكنولوجي) والتي يتوجب على المنظمـة بتحليلهـا ومتابعة تطورها.

■ **المنافسة:** يجب على المنظمة (المنظمة الصحية) التتبـع عـن قـرب خـدمات المنافسـين واستراتيجياتهم، مما يسمح لها بمواجهتهم بنجاح.

■ **الأسواق:** وهذا يلزم المنظمة معرفة المستهلكين (العملاء) وذلك بالعدد والنوع وهذا من أجـل التنبؤ بردود أفعالهم وتفصيلاتهم، كذلك معرفة الخدمات الصحية ذات الطلب المتزايد، وما هي خدمات الرعاية الصحية غير المشبعة؟ والتي لم تتفطن لها المنظمات الصحية المنافسة من أجل المبادرة إليهـا وبالتالي خلق ما يسمى بالأسبقية التنافسية.

وتقوم المنظمة الصحية كخطوة مكملة لتحديد موقعها على خريطة المنافسة بتحليـل الفـرص والتحديات (التهديدات) التي تعكسها البيئة من خلال مصفوفتين هما:

✱ **مصفوفة تحليل الفرص**: على أساس مدى جاذبية الفرص، ومدى احتمال نجـاح المنظمـة الصحية في استغلالها بطريقة فعالة.

✱ **مصفوفة تحليل التحديات(التهديدات):** على أساس مدى جدية التهديد، واحتمال حدوثـه. ويوضح الشكل الموالي هاتين المصفوفتين:

[1] د.سعيد محمد المصري:مرجع سبق ذكره، ص193.

[2] Mohamed Séghir Djitli: Op-cit, p22.

الشكل (15):مصفوفتي تحليل الفرص والتحديات

مصفوفة تحليل الفرص
Analysis of Opportunities

احتمال النجاح
Probability of success

جاذبية الفرصة
Attractiveness

	كبير	محدود
كبيرة	الفرصة يجب اقتناصها	الفرصة يمكن قبولها بشروط
محدودة	الفرصة قد تحقق مقدمة	الفرصة يمكن تجاهلها

مصفوفة تحليل التحديات
Analysis of Threats

احتمال الحدوث
Probability of Occurrence

مدى جدية التحدي
Seriousness

	كبير	محدود
كبيرة	التحدي يجب مواجهته	يجب التحفظ في المواجهة
محدودة	يمكن تأجيل المواجهة	يمكن تجاهل التحدي

المصدر:سعيد محمد المصري، مرجع سابق، ص194-195.

ويتضح من دراسة هاتين المصفوفتين أن الهدف منهما هو تحديـد اتجـاه موقـف المنظمـة الصحية من الفرص التي قد تكون متاحة أمامها، والتحديات (التهديدات) التي يمكن أن تواجههـا فـي المستقبل، دون تحديد لنوعية الإستراتيجية التي يمكن إتباعها.

وبمقاطعة التهديدات والفرص التي تم إحصاؤها انطلاقا من المحيط (البيئة الخارجية)، ونقـاط القوة والضعف التي تم تحديدها داخل المنظمة الصحية (البيئة الداخلية للمنظمة الصحية) نحصل علـى مصفوفة التشخيص كما هو مبين في الشكل(24)، حيث تظهر للمنظمة الصحية أربعة حالات كما يلي:

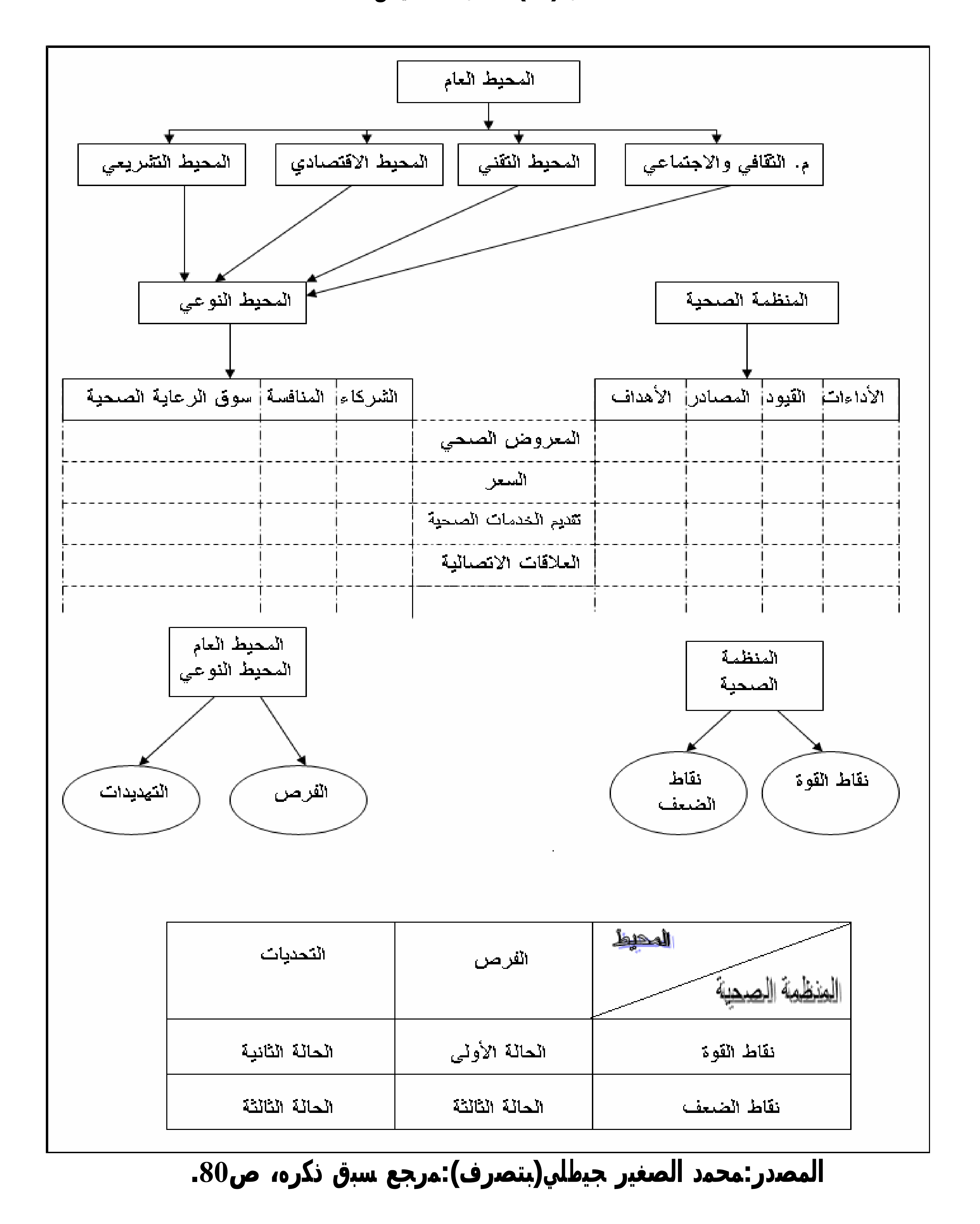
Ω **الحالة الأولى:** المنظمة الصحية موجودة في محيط ملائم إذن يكفـي أن تواصـل توسـعها ونموها، أي تعظيم استغلالها للفرص المتاحة مع تعزيز نقاط القوة التي تتمتع بها والتي تشكل لها ميزة تنافسية عن بقية المنظمات الأخرى العاملة في نفس مجال الرعاية الصحية.

Ω **الحالة الثانية:** المنظمة الصحية تواجه بعض الصعوبات في المحيط نتيجة تحديات طـرأت فيه كدخول منافسين جدد مما سيعمل على تقليص حصتها السوقية، وهنا على المنظمة الصحية العمـل على زيادة تعزيز نقاط القوة التي تتمتع بها كالعمل على زيادة تحسين جودة الرعاية الصحية من أجـل مواجهة التحدي الذي طرأ في المحيط.

Ω **الحالة الثالثة**: المنظمة الصحية في حالة غير ملائمة من وجهة النظر الداخلية نتيجة لنقـاط الضعف التي تظهر في محيطها الداخلي، لكن رغم هذا فالمحيط الخارجي يعكس مجموعة من الفرص والتي بإمكان المنظمة الصحية استغلالها وفي الوقت ذاته عليها مراجعة نقاط الضعف فيها والعمل على تدنيتها ومن ثم التخلص منها.

Ω **الحالة الرابعة:** المنظمة في وضعية حرجة وإذا لم تتدارك الموقف فإن الظروف المحيطـة بها ستعصف بها ومن ثم ستخرجها من دائرة التنافس والوجود في سوق الرعاية الصحية.

الشكل (16):مدخل التشخيص



المصدر:محمد الصغير جيطلي(بتصرف):مرجع سبق ذكره، ص80.

ثالثا: تحديد الاختيارات الأساسية للإستراتيجية

وهذا يعني على المنظمة الصحية اختيار جزء أو أجزاء من سوق الرعاية الصحية الذي ترغب المنظمة الصحية في التوجه إليه وخدمته وهذا بعد القيام بتجزئة (تقسيم) هذا السوق ثم تقوم بعدها باختيار الموقع التنافسي لخدماتها.

- **تقسيم (تجزئة) السوق Market Segmentation**

يعرف تقسيم السوق على أنه: "تجزئة السوق الإجمالي إلى قطاعات فرعية متميزة من المستهلكين بحيث يمكن اعتبار كل قطاع على أنه سوق مستهدفة ويمكن الوصول إليها بواسطة مزيج تسويقي معين"[1].

من التعريف السابق يتضح لنا أن السوق الإجمالي عبارة عن عدة أسواق فرعية تسمى أجزاء السوق يضم كل منهما أشخاصا متجانسين في حاجاتهم ورغباتهم، وأن أجزاء السوق هذه مختلفة ومتميزة عن بعضها البعض. لهذا ومن بين هذه الأجزاء تختار المنظمة الصحية الأسواق المستهدفة وسط سوق الرعاية التي تنوي إشباع حاجاتها ورغباتها وذلك عن طريق مزيج تسويقي ملائم لكل واحدة من هذه الأسواق. وبعبارة أخرى فإن السوق المستهدف هو السوق الذي تقرر المنظمة الصحية إشباعه عن طريق مزيج تسويقي صحي خارجي ملائم.

- أهمية تقسيم سوق الرعاية الصحية(الخدمات الصحية)

يحقق تقسيم سوق الرعاية الصحية فوائد عديدة سواء على مستوى زيادة التنافسية أو على مستوى زيادة فعالية استغلال الموارد المتاحة لها ومن بين تلك الفوائد نذكر:

- زيادة تفهم حاجات ورغبات المراجعين للخدمات الصحية على اختلافهم واختلاف المواقف التي يتواجدون فيها.

- زيادة الكفاءة في استخدام الموارد المتاحة نتيجة تركز الجهود على قطاعات محددة وعدم تشتتها على نطاق واسع.

[1] عنابي بن عيسى: مرجع سابق، ص278.

- تطوير القدرة على وضع استراتيجيات وخطط أكثر دقة للتعامل مع السوق المستهدف.

- إحداث التعديلات الدقيقة المطلوبة في الأسعار ونظم تقديم الرعاية الصحية وأساليب العلاقات الاتصالية حسب خصوصية كل سوق مستهدف من الرعاية الصحية.

- أسس تقسيم سوق الرعاية الصحية

توجد عدة معايير لتقسيم الأسواق، وعموما فإن تقسيم سوق الرعاية الصحية يتم وفقا للأسس التالية([1]):

- **التقسيم الجغرافي**: ويشمل تقسيم السوق الرعاية الصحية إلى: سوق الخدمات الصحية بالريف وسوق الرعاية بالمدن، كذلك يمكن تقسيم السوق إلى حسب الكثافة السكانية إلى سوق الخدمات الصحية الآهلة بالسكان، سوق الخدمات الصحية في المناطق النائية غير الآهلة بالسكان، كذلك يمكن التقسيم حسب المناخ أو الطقس حيث هناك سوق الخدمات الصحية لأمراض المناطق الحارة.

- **التقسيم الديموغرافي**:

■ **من حيث السن**:

- سوق الخدمات الصحية لكبار السن.
- سوق الخدمات الصحية للأطفال.
- سوق الخدمات الصحية للشباب.

■ **من حيث الجنس**:

- سوق الخدمات الصحية للإناث.
- سوق الخدمات الصحية للذكور.

---

[1] د.فوزي مدكور: مرجع سبق ذكره، ص169-172.

- **من حيث الدخول**:

  - سوق الخدمات الصحية لذوي الدخول المرتفعة.
  - سوق الخدمات الصحية لذوي الدخول المحدودة.

- **من حيث المهنة:**

  - سوق الخدمات الصحية للعاملين الصناعيين.
  - سوق الخدمات الصحية للعاملين الزراعيين.
  - سوق الخدمات الصحية للحرفيين.

التقسيم حسب الاستفادة

- سوق لخدمات الصحية الراغبين في التحسن في مستوى الصحة والمعالجة من الأمراض.
- سوق الخدمات الصحية للباحثين عن الفحص الدوري.
- سوق الخدمات الصحية للباحثين عن جودة الخدمات الصحية.

التقسيم حسب نوع الخدمة / المرض

- سوق الخدمات الصحية العلاجية.
- سوق الخدمات الصحية الجراحية.
- سوق الخدمات الصحية التشخيصية.
- سوق الخدمات الصحية الوقائية.
- سوق الخدمات الصحية لمرضى الكبد.

- سوق الخدمات الصحية لمرض السكر.
- سوق لخدمات الصحية لمرض الفشل الكلاوي.
- سوق الخدمات الصحية للأمراض الصدرية، العصبية...الخ.

♪ التقسيم حسب معدل الاستخدام:

- سوق الخدمات الصحية للمرضى الجدد.
- سوق الخدمات الصحية للمرض المتواترين (مثل: مرضى السكر، وضغط الدم).

♪ التقسيم حسب مؤدي الخدمة:

- سوق الخدمات الصحية للمستشفيات العامة.
- سوق الخدمات الصحية للمستشفيات التأمينية.
- سوق الخدمات الصحية لمستشفيات المؤسسة العلاجية.
- سوق الخدمات الصحية للمستشفيات الخاصة.

ومن الملاحظ أنه توجد إمكانية استخدام أكثر من معيار أو أساس في تقسيم سوق الرعاية الصحية (الخدمات الصحية)، والمهم هو الوصول إلى السوق المستهدف.

- متطلبات التقسيم الفعال

تتعدد الأسس التي يمكن من خلالها تقسيم سوق الرعاية الصحية، ومهما تعددت تلك الأسس فان الواجب أن تتوافر فيها عدة شروط حتى يكون ممكنا الاستفادة منها في تصميم وتنفيذ الاستراتيجيات التسويقية للمنظمة الصحية. وبما أن الهدف من التقسيم ليس هو تجزئة وتقسيم سوق الرعاية الصحية إلى أجزاء وإنما من اجل تكييف السياسة والإستراتيجية التسويقية مع حاجات ورغبات

مجموعة أو عدة مجموعات من المستهلكين. وبما أن اختيار الجزء المستهدف كاختيار السوق تماما، فانه ينبغي للجزء أو الأجزاء المستهدفة أن تتوافر فيها الشروط التالية[1]:

♪ **الحجم:** بمعنى هل جزء السوق المستهدف التي تريد المنظمة الصحية أن تخدمه كبير إلى الحد الذي تستحق معه الوقت والجهد المبذول معه؟، هل ذلك الجزء المستهدف كبير جدا إلى درجة تستدعي المنافسة؟ وهل هو جزء من فئة أخرى عالمية اكبر منه؟.

♪ **الربحية:** وهذا معناه هل يمكن خدمة فئة من الفئات من خلال مستوى تكاليف مقبول؟، وهل يمكن تحمل مستوى السعر الذي يمكنه تحقيق معدل فائدة مقبول في نفس الوقت؟.

♪ **النمو:** ويقصد بعملية النمو ما إذا كان جزء السوق المستهدف من سوق الرعاية الصحية في تطور أم تدهور بخصوص الإقبال على الخدمات الصحية.

♪ **المنافسة:** والمنافسة هنا سواء أكانت مباشرة أو غير مباشرة محلية كانت أو دولية، حالية أو مستقبلية، وما إذا كان لدى المنظمة الصحية القدرة على التنافس أم لا.

ولتحقيق ذلك يجب أن تكون معايير التقسيم أو التجزئة جيدة، وذلك من خلال توفرها على الشروط التالية:

■ **الملاءمة**: ونقصد بها قدرة المعيار على أن يفرق جيدا بين الأجزاء، أي أن الأجزاء التي يسمح المعيار بتحديدها تكون بينها فروقا واضحة ومهمة من حيث سلوكها أو اتجاهاتها.

■ **قابلة للقياس:** المعيار الجيد يجب أن يسمح بتعداد أفراد كل جزء من أجزاء السوق المستهدف.

■ **عملياتية:** أي أن المعيار الجيد يجب أن يحدد أجزاء سهلة البلوغ والتي تمكن المنظمة الصحية من الوصول إليها عن طريق مزيج تسويقي معين.

---

[1] بول سميث: مرجع سبق ذكره، ص.35.

- **تحديد وضعية المنظمة الصحية في سوق الرعايـة الصـحية(اختيـار الموقـع) Positioning**

المقصود بتحديد وضعية المنظمة الصحية هو تحديد وتطوير المكانة الذهنية للمنظمة الصحية من أجل تعزيز الموقع التنافسي لخدماتها المقدمـة، ويعـرف Dubois و Jolibert تحديـد الموقـع التنافسي بأنه: "إستراتيجية تسويق تهدف إلى معالجة ازدحام السوق، وتتمثل هـذه الإسـتراتيجية فـي إعطاء السلعة أو الخدمة موقعا خاصا في أذهان المستهلكين حتى تتميـز بوضـوح عـن المنافسـين ويتناسب مع الرغبات الأكثر قوة للقطاع المستهدف"([1]).

يتضح لنا من هذا التعريف أن للمستهلكين إدراك معين للخدمات المعروضـة فـي السـوق، وبالتالي تسعى كل منظمة صحية إلى تصميم موقع أو هوية لخدماتها من أجل تمييزها عـن خـدمات المنافسين، أي أن عملية تحديد المكانة الذهنية للمنظمة الصحية تعتمد بشكل كبير على القيـام بتحليـل القطاعات السوقية التي تخدمها المنظمة الصحية وتحليل المنافسة، بالإضافة إلى القيام بتحليل نقاط القوة ونقاط الضعف.

ويمكن تعريف عملية تحديد المكانة الذهنية على أنها: "العمل الذي يتضمن تصميم الصـورة الذهنية للمنظمة وتقييم عروضها بالشكل الذي يستطيع من خلاله العملاء أن يتفهموا ويقدروا ما تقوم به المنظمة نسبة إلى منافسيها"([2]). أما Ries and trout فقد عرفا تحديد المكانة الذهنية بأنها: "عبارة عن تمرين خلاق يتم تطبيقه بالنسبة للمنظمة أو المنتج (الخدمة)" وقـد اقترحـا الاسـتراتيجيات الـثلاث التالية([3]):

- يكون البناء على أساس نقاط القوة، أي أن تقوم المنظمة (المنظمة الصحية) بإبراز نقاط القوة لديها والاستثمار في نقاط الضعف بهدف تحسينها، فمثلا على المنظمات التي تحتل مكانة ضـعيفة فـي السوق أن تتبنى إستراتيجية "نحن نبذل قصارى جهدنا" كإستراتيجية تحديد مكانة.

[1] عنابي بن عيسى: سلوك المستهلك عوامل التأثير البيئية، الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003، ص281.
[2] د.هاني حامد الضمور،مرجع سابق،ص152.
[3] المرجع نفسه،ص153.

- البحث عن شريحة سوقية جديدة، أي على المنظمة الصحية هنا أن تبتكر خدمات جديدة أو ربما طرق جديدة في تقديم الخدمة الصحية، وذلك في محاولة منها لتلبية رغبة جديدة غير موجـودة لـدى العميل، أو اجتذاب عملاء جدد وبالتالي قطاع سوقي جديد.

- إعادة تحديد المكانة بالنسبة للمنافسة وهذا من أجل الوصول أو احتلال واحدة من المراتب طويلة الأجل، أي أن تكون قائدة لسوق الرعاية الصحية، أو أن تكون المتحدي للقائد أو تابعـة أو أن تكـون المتخصص في هذا السوق وهذا كله حسب قدرات ومؤهلات المنظمة الصحية.

رابعا:صياغة المزيج التسويقي

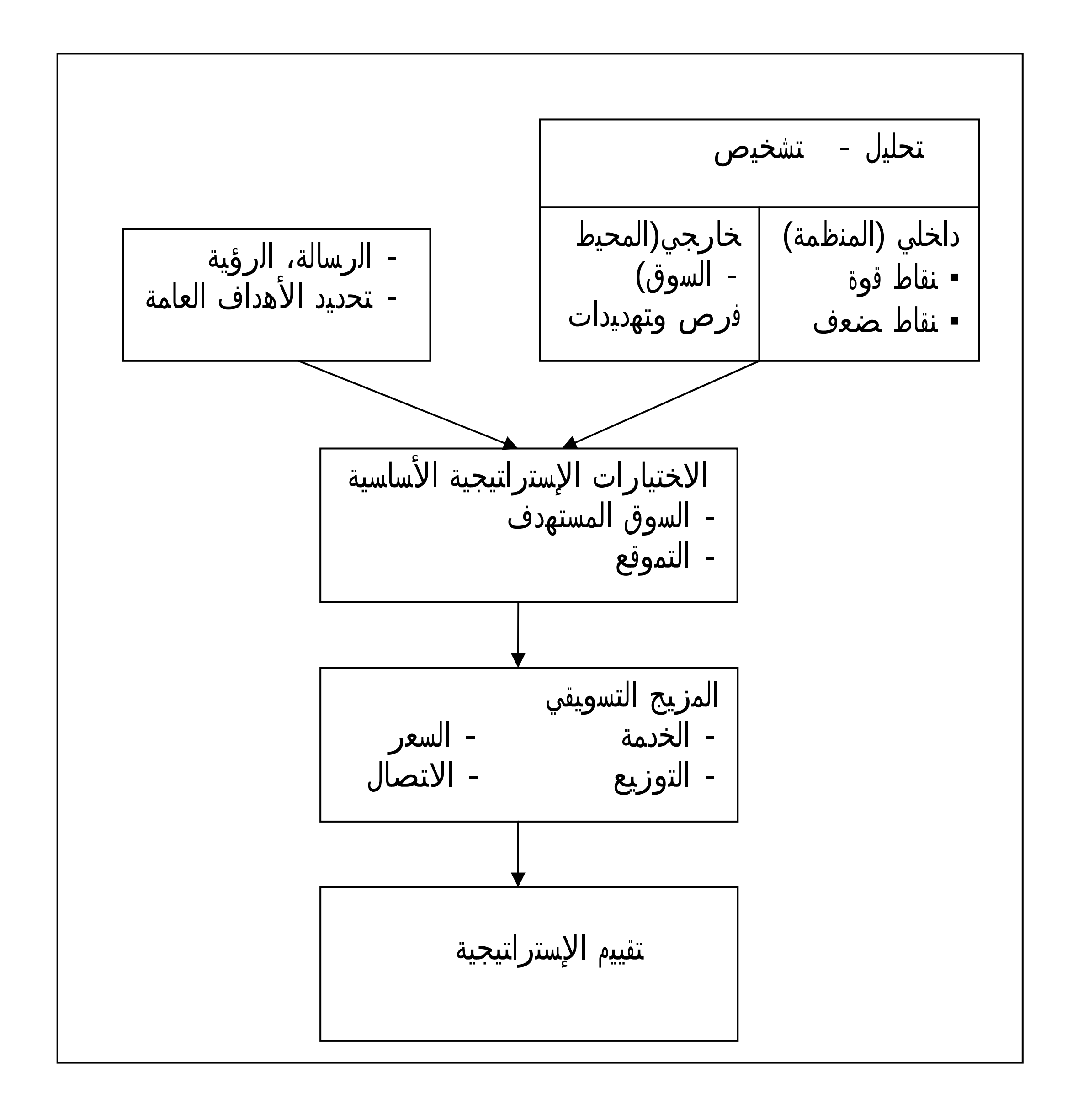
انطلاقا من الاختيارات المأخوذة سابقا تقوم المنظمة الصحية بإعداد مزيج تسويقي للخـدمات الصحية، وهذا معناه وجود سياسات جيدة لكل من الخدمات الصحية، تسعيرها، كيفية تقديمها، وكـذلك مزيج العلاقات الاتصالية للخدمات الصحية ومواءمتها مـع الحاجـات والرغبـات لـدى المـراجعين (المرضى) لهذه الخدمات بشكل يحقق الفعالية والفاعلية لأداء المنظمة الصـحية ورضـا المراجـع (المريض)، مما يعزز من استمرارية هذه العلاقة القائمة بين المنظمة الصحية وعملائها.

خامسا:تقييم الإستراتيجية التسويقية:

وتتضمن هذه المرحلة قياس الأداء التسويقي مقارنة بالأهداف المحددة، والتعرف على نواحي القصور وبالتالي تصحيحها وكذلك التعرف على الايجابيات ونقاط القوة والبناء عليها.

الشكل (17):

مراحل إعداد الإستراتيجية التسويقية



Source: Mohamed Séghir Djitli: Op-cit, p24.

خاتمة الفصل الثاني:

يلعب التسويق دورا أساسيا وفعالا في أنشطة كافة المنظمات والمؤسسات، سواء التي تقـدم سلع ومنتجات مادية، أو التي تقدم خدمات من جهة، أو تلك التي تهدف أو لا تهدف إلى الربح من جهة أخرى، وقد تختلف تلك المؤسسات والمنظمات في الأساليب والطرق التي تتبناها للاتصال بأسـواقها، غير أن جميع تلك المؤسسات والمنظمات تواجه نفس القضايا والتحديات التسويقية. وبمـا أن جـوهر النشاط التسويقي في أي منظمة إنما يقوم على إحداث نوع معين من التطابق بين احتياجات ومطالـب المستهلكين من ناحية وبين موارد وإمكانيات المنظمة البشرية والمادية والمالية من ناحية أخرى، وهذا في ظل بيئة تتسم بالتعقيد والتغيير المستمر في كافـة النـواحي السياسـية والاقتصـادية والقانونيـة والتكنولوجية، بالإضافة إلى التغير المستمر في أذواق ورغبات المستهلكين وكذلك التغيـرات الثقافيـة والاجتماعية. ونتيجة للتشابه الكبير التي بات حاصلا بين مختلف السلع من جهة، ونمطية الخدمات من جهة ثانية، الشيء الذي أدى بتلك المؤسسات والمنظمات إلى تبني مدخل جديد من أجل تحقيق التميـز في منتجاتها وخدماتها كأساس لمواجهة منافسيها خاصة في المنظمات الخدمية بصفة عامة والمنظمات الصحية بصفة خاصة. وبالتالي أصبح مستوى جودة أداء الخدمات الصحية أحـد الأسـلحة التنافسـية القوية في تحقيق ذلك التطابق، ومن ثم تأمين الاستمرار في النمو نتيجة للولاء الذي ينجم عن تحقيـق التطابق وبالتالي إرضاء العميل.

تمهيد:

إن دور التسويق في تطوير جودة الخدمة الصحية يعد دورا مهما، فحاجات وتوقعات العملاء(المرضى) تعد عوامل مهمة في تقييم جودة الخدمة الصحية والحكم عليها، لذلك فإن العناية بالزبائن(المرضى) مسؤولية كبرى قد يكون لها أثر كبير على قاعات الخدمات في المستشفيات، مما يؤكد على إدارة التسويق ألا تتوقف عن دعم العملية التسويقية عن طريق استغلال عنصر الجودة والذي يعد متغيرا أساسيا يمكن من خلاله تطوير العملية التسويقية، وهذا الأسلوب يمكن استخدامه من خلال حث الإدارات الأخرى الموجودة بالمستشفى على أن نظام الجودة والعناية بالمرضى المعمول به يمكن تحقيق آلية باعثة على النشاط التسويقي بدلا من أن تكون رجعية أو ارتكاسية للتمكن من كسب المرضى في المستشفى. وعليه فإن إدارة التسويق في إطار علاقتها بالجودة عليها مسؤولتين وهما:

أولا: المشاركة في صياغة الاستراتيجيات، تصميم السياسات، كي تساعد المنظمة الصحية على التفوق من خلال امتياز الجودة الكلية.

ثانيا: تقديم جودة تسويقية عالية إلى جانب جودة الخدمات، فكل نشاط تسويقي(بحوث تسويق، إعلان، تدريب...) يجب أن يتم أداؤه من خلال معايير أداء عالية وبما يحقق متطلبات الجود الشاملة للخدمات الصحية المقدمة.

وقد أوضحت الدراسات بأن رجال التسويق يلعبون أدوارا حيوية لمساعدة المنظمات في تعريف وتقديم الخدمات ذات الجودة العلى للمستهلك المحتملين وذلك من خلال القيام بالمهام التالية([1]):

- التعريف الصحيح لاحتياجات ورغبات المستهلكين، ويتم ذلك من خلال بحوث التسويق.
- نقل توقعات المستهلك لمصممي الخدمات.
- التأكد من أن طلبات المستهلك قد تم الوفاء بها بأسلوب صحيح.
- الاتصال الدائم بالمستهلك للحصول على رضاه.

[1] د.محمد فريد الصحن:قراءات في إدارة التسويق،الدار الجامعية،الإسكندرية،1996، ص.91، 92.

- جمع المعلومات عن اقتراحات المستهلك بشأن تحسين الخدمة ونقل هذه الملحوظات إلى من يهمه الأمر في المنظمة.

إن القيام بالمهام السابقة يؤكد مساهمة إدارة التسويق في إدارة الجودة الكلية وتحقيق رضا المستهلك، والجدير بالذكر أن مهمة إدارة التسويق لا تنحصر في التسويق الخارجي ولكن أيضا في التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي(تسويق العلاقات)♣، وفي هذا الصدد فإن على إدارة التسويق التأكد من حصولها على المخرجات الجيدة التي تساعدها في التسويق وتحقيق رضا المستهلك وتقديم أفضل الحلول لمشاكله.

♣ أنظر إلى التسويق الداخلي وتسويق العلاقات من الفصل الثاني المبحث الثاني

المبحث الأول: تطبيق نظام الجودة في مجال الرعاية الصحية

لا يخْفَى أن تحسين الصحة هو المبرر لوجود أي نظام صحي، وهو بالتأكيد، مرماه الأول والمحدد. وسعياً إلى تحسين الصحة، انصب الاهتمام في تطوير النُظُم الصحية خلال عقد التسعينات من القرن العشرين، على زيادة كفاءة خدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها. وفي الوقت نفسه، دخل نظام الرعاية الصحية الأولية غمار حقبة جديدة، يسعى فيها إلى تيسير الحصول على الرعاية المناسبة والعالية المردود.

1/مفهوم الجودة

بالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة إلا أن الملاحظ أن هناك اختلافات في تعريف الجودة وفقا لاختلافات وجهات النظر للكتابات في هذا الموضوع. ولابد من الاتفاق على تعريف واضح ودقيق للجودة داخل أي منظمة حتى يمكن قياس الجودة وتطبيقه على العمل، لأن الجودة إذا لم نستطيع قياسها فإننا لن نستطيع إدارتها.

أ/مفهوم الجودة لغة

جود، جاد، جودة: طاب، صار جيدا، أثنى بالحسن من القول أو الفعل.

جودة: طيبة النوع وصفاته المميزة، نوعية: حسن نوع، اكتمال الصفات المميزة([1]).

جودةٌ: صفة، نوعية، أية ميزة أو حالة تميز شيئا عن آخر من حيث الدرجة أو النوع أو الصنف، أو الصلاحية للاستعمال([2]).

ب/مفهوم الجودة اصطلاحا

لقد جرت محاولات عديدة لتقديم تعريف لمفهوم الجودة، وكانت كل من التعريفات التي نتجت عن هذه المحاولات تتولى إبراز سمة معينة تقوم بالتمحور حولها. وبصرف النظر عن الاختلافات

[1] أنطوان نعمة وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص234.
[2] نبيه غطاس: معجم مصطلحات الاقتصاد والمال وإدارة الأعمال، إنكليزي عربي، مكتبة لبنان، الطبعة الأولى،1980.

التي أبرزتها تلك المحاولات، إلا أن هناك بعض التعريفات التي فرضت نفسها على الفكر الإداري والتسويقي وذلك لما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق عن المفهوم، ونورد أهمها فيما يلي:

يعرف **كونل Connell** الجودة بأنها: "الجودة هي المتانة والأداء المتميز للمنتج" بينما يرى **باكر Backer** أن: "الجودة هي جعل السلعة أكثر قدرة على الأداء المتميز في السوق"([1]).

أما **جوران Juran** فعرف الجودة على أنها "مدى ملائمة المنتج للاستعمال"([2])، أما المعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج في رأي جوران هو القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق صفات.

أما **كروسبي Crosby** فقد عرف الجودة على أنها "مدى المطابقة مع المتطلبات"([3])، أي كلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة. في حين نجد **فاين بام Feigonbaum** يعرف الجودة على أنها "الناتج الكلي للمنتج أو الخدمة جراء دمج خصائص نشاطات التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة التي تمكن من تلبية حاجات ورغبات الزبون"([4]).

أما الجمعية الأمريكية لضبط الجودة (ASQC) والمنظمة الأوربية لضبط الجودة فقد عرفتا الجودة على أنها "المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات معينة"([5]).

و جميع هذه التعاريف وإن كانت تختلف في ألفاظها، فمعانيها تحمل مفهوما واحدا وهو كسب رضا الزبون، وحيث أننا قد وصلنا إلى هذا الاستنتاج فإنه يمكن الجمع بين هذه التعاريف ووضع تعريف شامل للجودة على أنها تلبية حاجيات وتوقعات العميل.

ج/المفهوم الإجرائي للجودة

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الجودة على أنها عبارة عن مجموعة من الصفات والخصائص التي يتميز بها المنتج أو الخدمة والتي تؤدي إلى تلبية حاجات المستهلكين والعملاء سواء من حيث تصميم المنتج أو تصنيعه أو قدرته على الأداء في سبيل الوصول إلى إرضاء هؤلاء العملاء

---

[1] د.توفيق محمد عبد المحسن: تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، مدخل إدارة الجودة الشاملة، دار النهضة العربية، بدون ذكر مدينة النشر، 1999، ص.13.

[2] د.محفوظ أحمد جودة: إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2004، ص19.

[3] المرجع نفسه، ص.19.

[4] د. محمد عبد الوهاب الغزاوي: أنظمة إدارة الجودة والبيئة Iso 9000, Iso 1400 ، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان ، الأردن، ص.18.

[5] المرجع نفسه، ص.18.

وإسعادهم. بمعنى آخر قدرة المنتج أو الخدمة على الوفاء بتوقعات العملاء أو حتـى تزيـد توقعـات العملاء.

وفي العادة ينظر رجال التسويق إلى الجودة من خلال وجهة نظر المستهلك ورضاه عن المنتج أو الخدمة، بينما ينظر رجال الإنتاج إلى الجودة من جانب تصنيعي من خلال مدى مطابقة السـلع أو الخدمات للمواصفات أو المعايير الموضوعة.

2/التطور التاريخي للجودة

الجودة كنظام إداري حديث نشأت في اليابان إلا أنها تجربة أمريكية الأصل، وأن نجاح تطبيقها في الشركات اليابانية هو الذي دعا إلى القول بنشأتها في اليابان حيث قام اليابانيون فـي عـام 1950 بتوجيه الدعوة إلى الإحصائي الأمريكي **ديمينغ Deming** لكي يتحدث إلـى عـدد كبيـر مـن رواد الصناعة في اليابان والذين كانوا مهتمين في ذلك الوقت بإعادة بناء اليابان بعد الحرب، وبالدخول إلى الأسواق الأجنبية حيث استطاع **ديمينغ** إقناع رواد الصناعة اليابانيين بإتباع أساليب الجودة وكان مـن نتيجة أخذ وتطبيق الصناعيين اليابانيين توصيات ديمينغ بجدية، حيث تقدمت إلى المواقـع التنافسـية المنتجات اليابانية بشكل هائل في خلال السنوات التي تلت ذلك، وبعد نجاح منقطع النظير انتشرت هذه الفكرة وحاول العديد من الدول الغربية وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية تطبيقها على منشـآتهم الصناعية والخدمية.

و بشكل عام مر تطور إدارة الجودة بسلسلة من المراحل مع مراعاة أن هذه المراحل لم تكـن بشكل هزات وطفرات وإنما نتاج تطور مستقر وثابت وهذه المراحل تشمل ما يلي:

أ- الفحص Inspection

وتعني عملية الفحص ضمان أن المنتج المعـين أو الخدمـة المعينـة مطابقـة للمواصـفات الموضوعية التي تنقل إلى خارج المنظمة في طريقها إلى المستهلكين أو العملاء أو المستفيدين، ومـن ثم فالفحص يحول دون وصول الوحدات المعيبة والتي لا تلبي رغبات العملاء، وما تجدر الإشارة إليه أن هذه العملية لا تمنع وقوع الخطأ، فالخطأ قد وقع فعلا وما على الفحـص إلا اكتشـافه واسـتبعاده. وهكذا فإن إدارة الجودة من مدخل الفحص تعني التأكد من أن الوحدات المنتجة مطابقة للمواصفات بعد الإنتاج.

ب- مراقبة الجودة Quality Control

في هذه المرحلة من تطور الجودة تم تأسيس قسم للجودة في المؤسسة، أوكلت إلى هذا القسم مهام مراقبة المنتج واختباره ورفع تقارير عنه خلال مرحلة الإنتاج التي تمر بها المؤسسة، وقد أتاحت هذه المرحلة من تطور الجودة الكشف المبكر عن العيوب. واستخدمت فيها الأساليب الإحصائية المختلفة في الرقابة على جودة السلع المنتجة ومنها[1]:

- العينات الإحصائية.
- عينات القبول.
- الرقابة على العملية.
- خرائط الرقابة على الجودة.

وقد سمح استعمال هذه الأساليب الإحصائية بالكشف المبكر عن الانحرافات قبل وقوع العيوب. غير أنه لازالت هناك مشاكل، فكلما زادت عدد العينات التي يقوم قسم الجودة باختبارها كلما أصبحت الفترة الزمنية لحصول أقسام الإنتاج على نتائج الاختبارات أطول. وقد كان يستغرق دقائق أو ساعات أو أيام كاملة حتى يصبح بالإمكان إعلام عامل التشغيل إيقاف العمل. ورغم أن هذه المرحلة أكثر تطورا من مرحلة الفحص إلا أن التقدم في إدارة الجودة جعل الاعتماد على مراقبة الجودة غير كاف وغير ملائم بمفرده لتحقيق التحسن المستمر المنشود.

ج - تأكيد الجودة Quality assurance

اتسمت هذه المرحلة التاريخية بالتركيز على أهمية الجودة والتأكيد على اعتبارها ميزة تنافسية للمنتجات السلعية والخدمية، إضافة إلى بروز ظاهرة البعد الشامل للنوعية من حيث التركيز على المرحلة الصفرية والتكاليف المرتبطة بالجودة واعتبار البعد الاقتصادي للجودة من أهم المعايير التي يتم اعتماده بهذا الشأن، سيما واعتبار الجودة سلاح تنافسي يتم اعتماده من العديد من المنظمات الاقتصادية، كما برز التأكيد على أهمية التصميم ودقة المطابقة بين التصميم للسلع والمنتجات وبين الأداء المراد إنجازه بحيث أصبح النظر للجودة في هذه المرحلة في ضوء ثلاث اعتبارات هي[2]:

- دقة التصميم Product design.
- دقة الأداء Product Performance.

[1] مأمون الدرادكة وآخرون: إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2001، ص.31.
[2] د.خضير كاظم حمود: إدارة الجودة وخدمة العملاء، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، ص،29، 30.

- دقة المطابقة Product Conformance.

د- حلقات السيطرة النوعية Quality Control Circles

تعد هذه المرحلة التاريخية ذات أهمية أساسية في بلوغ ما وصلت إليه إدارة الجودة من تطورات ملحوظة في حقول العمليات الإنتاجية والخدمية والأبعاد الشاملة لإسهام الأفراد العاملين. وتعرف حلقات السيطرة النوعية (حلقات الجودة) على أنها عبارة عن مجموعة من الموظفين من نفس الإدارة، أو القسم يتطوعون للاجتماع بشكل دوري لمناقشة المواضيع والمشكلات المتعلقة بالعمل، واقتراح الحلول المناسبة لها ووضع هذه الحلول موضع التنفيذ بعد موافقة الإدارة عليها، ووفق هذا المنظور تعد حلقات الجودة إحدى الطرق التي يتم خلالها تطوير الجودة من خلال مشاركة الموظفين، مما يؤثر إيجابا على تطوير مهاراتهم وإبداعهم وكسب ثقتهم في الوقت ذاته، كما أنها تؤدي إلى زيادة تحفيزهم للعمل وزيادة وعيهم بأهمية الجودة[1]. وتكمن أهمية حلقات الجودة أيضا في تطوير المهارات القيادية للأعضاء من خلال ترؤسهم لحلقات الجودة وهذا يؤدي إلى استخدام الموظفين بشكل أكثر فعالية مما يؤدي في النهاية إلى تحسين الجودة وأساليب العمل.

هـ- إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management

اتسمت هذه المرحلة التاريخية بأهمية أساسية من خلال التركيز على الجودة كسلاح تنافسي بيد الإدارة لمواجهة الصراعات التنافسية المحتدمة، سيما في إطار أبعاد العولمة والتجارة الحرة والتوسعات التي شهدتها المجتمعات الإنسانية في إطار ثورة التكنولوجيا والمعلوماتية التي أدت إلى جعل المجتمع الإنساني بمثابة قرية صغيرة يستطيع المرء أن يحقق الاتصال بصورة سريعة والمفاضلة بين العديد من السلع والخدمات المعروضة ولذا فإن هذا الاتجاه جعل من الإدارة العليا للمنظمة تركز في هذا الإطار على ثلاث مقومات أساسية للجودة وهي:

- استمرارية التحسين والتطوير.
- مساهمة كافة العاملين.
- تحقيق رضا المستهلكين.

ولذا فإن مرتكز الجودة الشاملة يعد حصيلة أساسية للتطورات التي شهدتها المجتمعات الإنسانية وخصوصا المجتمع الياباني ومنظماته الاقتصادية[2].

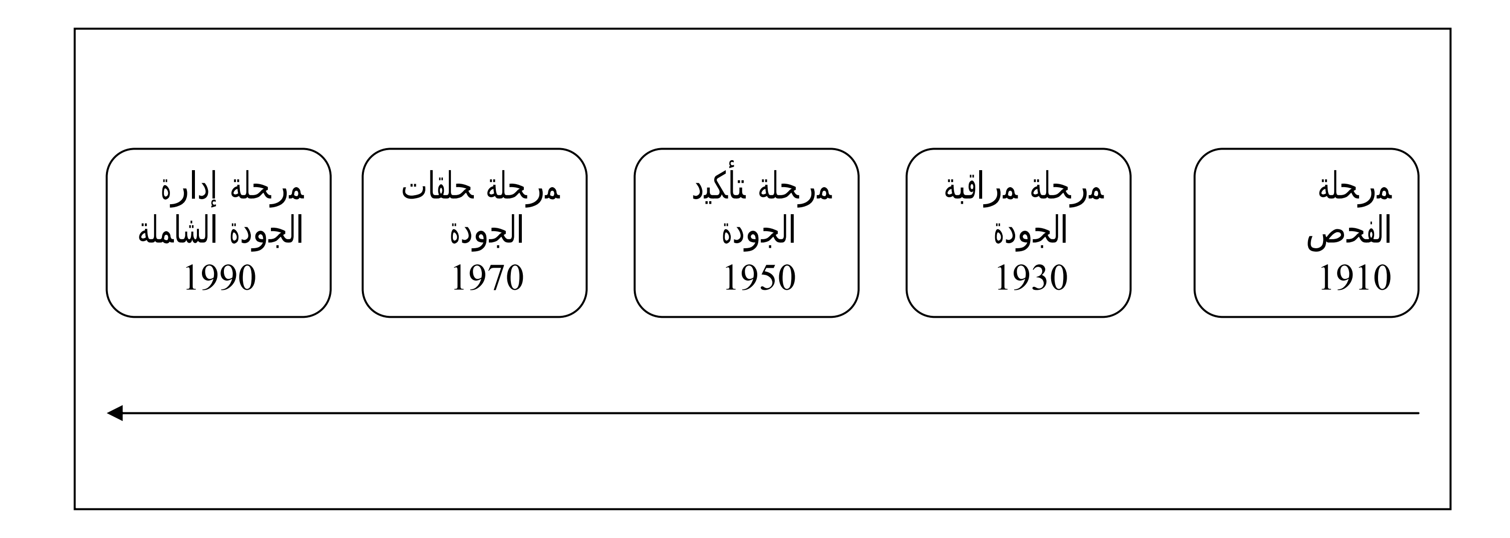
---

[1] د.بهيرة الموجي: دوائر الجودة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، ؟إدارة البحوث والدراسات، القاهرة، 1995، ص.5، 6.
[2] د.خضير كاظم حمود: مرجع سبق ذكره، ص.30.

إن المراحل السابقة هي عبارة عن مراحل مترابطة حيث أن كل مرحلة أدت للمرحلـة التـي تليها، فهي ليست مراحل منفصلة بل مراحل تعكس تطورا في مفهوم الجودة ومحاولة تحقيقهـا، كمـا نلاحظ أن جميع تلك المراحل تعكس وجود هدف مشترك وهو تحقيق الجودة من خلال إنتاج منتجـات تلبي توقعات العملاء بل تفوقها. إن المراحل السابقة ليست مجرد مراحل تطور تاريخي بـل تعكـس ممارسات المؤسسات المختلفة فيما يتعلق بالجودة، والشكل الموالي يلخص مراحل تطور إدارة الجودة.

الشكل (18):

مراحل تطور إدارة الجودة



المصدر:من إعداد الطالب

فقد ركزت مرحلة الفحص على التفتيش بعد الانتهاء من عملية الإنتاج وتقديم الخدمة، في حين جاءت مرحلة مراقبة الجودة لتؤكد أهمية الأساليب الإحصائية ودورها في تحسـين الجـودة.وجـاءت مرحلة توكيد الجودة لتؤكد على التصميم للمنتجات والخـدمات والتأكيـد علـى المـدخلات ولـيس المخرجات، أما حلقات الجودة فقد أكدت على أهمية العمل الجماعي والمشاركة في تحسـين الجـودة، وأخيرا جاءت إدارة الجودة الشاملة لتشكل مدخلا جديدا ومرحلة متميزة تؤكد على العمـل الجمـاعي والمشاركة من خلال فرق العمل من أجل التحسين المستمر لإرضاء العملاء والوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.

3/ماهية الجودة في القطاع الصحي

عبر السنوات الثماني والعشرين التي مرت على إعلان "آلما آتا" في عام 1978م، والذي التزم فيه المجتمع الدولي بتوفير الرعاية الصحية الأولية للجميع، بذلت جهود ضخمة في سائر الدول لزيادة خدمات الرعاية الصحية الأولية، وقد تم تحقيق ذلك عن طريق زيادة الموارد المخصصة لهذه الخدمات من قبل المصادر القومية والدولية، وتوسيع نطاق تدريب العاملين في المجال الصحي وعمليات إعادة هيكلة الأنظمة الصحية. وتأكد حدوث زيادة كبيرة في وصول البرامج والخدمات الصحية إلى أعداد أكبر من الناس في معظم البلدان، وظهر ذلك جلياً في التحسين المستمر للمؤشرات الصحية الهامة.

غير أن التحسينات التي تم التأكيد عليها لم تكن دائماً متناسبة مع زيادة الموارد المخصصة لبرامج الرعاية الصحية، وفضلاً عن ذلك، لم يتم عمل ما يكفي لتقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة، أو ضمان أن تكون الموارد المستخدمة تحقق أفضل النتائج الممكنة.

ومنذ أواخر الثمانينات وأوائل التسعينات من القرن الماضي استحدث علم "**ضمان الجودة في الرعاية الصحية**" والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها الإدارة الشاملة للجودة، وتطوير الجودة المستمر وتحسين الأداء وقياس الجودة المتطورة، وقياس أداء النظم الصحية... الخ، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية للتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، واختيار واستغلال أنسب الفرص لتطوير الأداء وتحسين المردود والفاعلية مع ضمان رضا المستفيد ومقدم الخدمة الصحية على وجه السواء. وباستخدام وسائل ضمان الجودة في تحديد الإرشادات والأدلة وإجراءات التشغيل المعيارية بهدف تقييم الأداء بالمقارنة مع معايير الأداء المختارة، ومن ثم اتخاذ خطوات ملموسة نحو تحسين أداء البرامج الصحية وفاعليتها.

أ/مفهوم الجودة في الخدمات الصحية

يختلف مفهوم الجودة في الخدمات الصحية من شخص إلى آخر، وذلك حسب موقع ودور كل فرد في المنظمة الصحية، فبالنسبة للطبيب تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية، وللإداري فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمة وفق أسعار مناسبة مع توفير الخدمة لأكبر عدد من أفراد الجمهور، أما صانعي السياسات الصحية في أي بلد فيعتبرون أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة، أما الجودة من وجهة نظر

المريض المنتفع والمتلقي لهذه الخدمات الصحية فتعني خدمات متوفرة طوال الوقت، سهل الوصـول والحصول عليها، وشعور بالراحة والاطمئنان.

أمـا الهيئـة الأمريكيـة المشـتركة لاعتمـاد المنظمـات الصـحية والمعروفـة باسـمها المختصر(JCAHO) فعرفتها على أنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجـه العموم للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية"[1].

أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت الجودة على أنها "التمشي مع المعـايير والأداء الصـحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتـأثير علـى نسـبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"[2].

كما أن جودة الرعاية الصحية طبقاً لمفاهيم دونـا بيـديان **Donabedian** (1980) تعنـي: "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامـة، دون زيـادة التعـرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنـة ممكنـة بـين المخـاطر والفوائد"[3].

ويشير **Donabedian** أن للجودة في الرعاية الصحية محورين، المحور الفنـي، والمحـور الإنساني، حيث يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الصحيحة في التشخيص والعـلاج، بينمـا يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومـات اللازمة له، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعايـة، وبالتالي فهو على درجة عالية من الأهمية.

وفيما يتعلق بمجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية(WHSSB) فـي المملكـة المتحدة فقد أعطى عدة تعريفات لجودة الخدمات الصحية نذكر منها:[4]

أولا: تحقيق الحد الأقصى من النتائج الايجابية، سواء أكانت تتعلق بمستوى الرعاية السريرية المقدمة أو بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة.

---

[1] خالد بن سعيد: مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد2، العدد1، نوفمبر1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص.12.

[2] محمد طعامنة: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد17، العدد1، منشورات جامعة اليرموك، أربد، الأردن، ص.90، 91.

[3] خوجة توفيق بن أحمد: المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية) الجزء 2، على موقع: www.sgh.org.sa/pdf/quality2.doc

[4] د.هيو كوش: إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة: طلال بن عايد الأحمدي، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، السعودية، 2002، ص.19، 20.

ثانيا: ضمان تحقيق درجة عالية من جودة الرعاية في كل من خـدمات رعايـة الحـالات الحـادة، وخدمات الرعاية المستمرة.

ثالثا: توفير أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف وأوضاع المسـتفيدين مـن خـدمات الرعايـة المقدمة.

رابعا: ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة، وضمان الترشيد الفعال للتكاليف عند اسـتخدام الموارد المتاحة.

من خلال هذه التعاريف يتبين لنا أن الجودة الصحية تشمل عدة جوانب للخدمة الصحية، ولذلك على مقدمي الخدمة أن يهتموا ليس فقط بمدى اكتسابهم للمعلومات الطبية الجديدة، ولكن كذلك لسلوكهم مع مستفيدي الخدمة ومع من يشاركهم بإعطاء الخدمة، أي أن جودة الخدمة الصحية لها أبعاد تتعلـق بالكفاءة والتقنيات الفردية والاستمرارية وحفظ السلامة والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد بالإضافة إلى تحسين وتجميل المرافق ورونق الخدمة المقدمة من أجل إتاحة الفـرص لتحسـين رعايـة المرضـى والممارسة الطبية وحل المشاكل في الرعاية والأداء.

ب/تطور جودة الرعاية الصحية

وقع على مر الزمن تغير كبير في مفهوم جودة الرعاية الصحية وفـي تطبيقـه. والحـقّ أن مصطلح "الجودة" كان ينظَر إليه بشكل مختلف في الأزمان المختلفة. ففي بابل القديمة في عصر الملك حمورابي (حوالي 3000 سنة قبل ميلاد السيد المسيح عليه السلام)، كانـت الجـودة تعنـي اسـتبعاد الأخطاء، وكان الذين يقترفون الأخطاء يتعرضون للقصاص، أي كانوا يوقع عليهم مثل ما جنوا مـن أخطاء، تطبيقاً لقاعدة "العين بالعين والسن بالسن". وفي أوائل القـرن السـابع المـيلادي، ازدهـرت الحضارة الإسلامية بما أدخله النبي محمد ﷺ، من أفكار جديدة وطريقة جديدة في الحياة. ويتضح من تعاليمه السامية أن الجودة تعني "الإتقان". ولا يخْفَى أن قوله الذائع، عليه الصلاة والسلام، "إن ا يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"، يعني أن يتحلى أي عمل يقوم به أي أحد بصفة الإتقان.

وعلى مدى التاريخ انتهج قادة المجتمعات أسلوباً مماثلاً، فوضعوا معايير معينـة لـ "الأداء الجيد". غير أن ضمان الجودة، باعتباره عِلْماً من العلوم، لم يعترف به إلا في أواسط القـرن التاسـع عشر، مع ظهور أعمال فلورانس نايتنغيل **Florence Nightingale** ، تلك الممرضة التي أدخلـت فكرة قياس الأداء وتحسين العمليات. وقد قامت بدور رئيسي في خفض معدل الوفيـات بـين الجنـود الجرحى أثناء إحدى أشد الحروب الأوروبية دمويةً، بإدخالها ممارسات التمريض الحديثة في رعايـة

أولئك الجنود. وقد حدا بها نجاحها أثناء حرب القرم إلى مواصلة البحث في العلاقة بين عمليات الجودة وحصائلها.

ومن المهم في هذا المقام أن نستعرض أعمال دونابيديان Donabedian حول نُظُم الجودة. فقد قام دونابيديان في عام 1966 بإدخال نموذجه لقياس الجودة القائم على "نظرية النُظُم البسيطة". فهو يعتبَر أي رعاية صحية نظاماً كامل التطور له أغراضه ومقوماته، وإذا كانت النُظُم بشكل عام تقسم إلى ثلاثة مكونات هي، المدخَلات أو الموارد، والعملية، والمخْرجات أو الحصيلة، فإن دونابيديان قد وصف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاثة مكونات مماثلة هي: البِنْية structure، والعملية process، والنتيجة outcome.

وإذا طبقنا نموذج دونابيديان لنظام الرعاية الصحية ونظرنا إلى تاريخ الجودة في الرعاية الصحية، وجدنا أن الجودة قد تطورت متنقلةً من أحد مكونات النظام إلى مكون آخر. ففي السنوات الأولى (1850-1910) كانت الجودة تركز على تحسين النتيجة، وكان هذا التركيز من السمات البارزة لعصر نايتنغيل وغيرها، ومع تطور مفهوم الجودة تحول الاهتمام من النتيجة إلى البِنْية. ففي عام 1910، قام الطبيب الأمريكي فليكسنَر Flexnor، بنشر تقريره حول تقييم وضع التعليم الطبي في الولايات المتحدة الأمريكية. وانتقد في تقريره هذا الطريقة التي كان يجري بها تعليم الطب، وقدم إلى كليات الطب بعض التوصيات القوية التي تدعوها إلى تحسين خدماتها التعليمية. وقد اعتمدت الحكومة الأمريكية في ما بعد تقريره هذا بوصفه معيار التعليم الطبي الجيد، الأمر الذي مهد الطريق لمزيد من الأنشطة والعمليات الرامية إلى تحسين تعليم الرعاية الصحية، وتحسين تدريب العاملين بها. ولا يخْفَى أن جميع هذه الجهود قد استهدفت تحسين الموارد المادية والبشرية أو العناصر البِنْيوية لنظام إيتاء الرعاية الصحية.

وقد أعقب هذه الحقبة إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات، في عام 1952، تلك اللجنة التي أعيدت تسميتها لاحقاً، وأصبحت تعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية. وبهذه الطريقة ساعد مفهوما "الاعتماد accreditation" و"الإشهاد certification" على تطور عملية الجودة، مع مواصلة التركيز على العناصر البِنْيوية وعلى المعايير ذات الصلة بالبِنْية. وتم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة اختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير، غير أنه لم يتم حتى السبعينات من القرن العشرين تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبِنْية إلى المعايير المتعلقة بالعملية، واعتُمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، طلبت

الحكومة إلى القطاع الخاص المساعدة على إقامة منظمات للمراجعة من قِبل الزملاء، من أجل وضـع معايير للعملية أو الرعاية، وبثها، ورصدها. وقد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات واستمرت زمناً طويلاً في عقد الثمانينات، حتى إذا حلت أواخر الثمانينات أخـذ قطـاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق بديلة لقياس الجودة وتطويرها([1]). وهكذا، بدأ إتجاه الاهتمام يتحـول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة. وقد عزز من هذا الاتجاه اتخاذ بعض المبادرات، مثل مبادرات التحسين المستمر للجودة، وتحسين الجودة الكليـة، وتحسـين الأداء، والتي غدت في الوقت الحاضر من الأنشطة الروتينية في نطاق الوظائف الأساسيـة للصحة العمومية، وقد تم تطوير ثلاثة أساليب للتقويم وهي([2]):

أولا: أسلوب تقويم الرعاية الطبية

يتم تطبيق هذا الأسلوب على الدراسات التي استخدمت معـايير صـريحة لتقـديم العمليـات والنشاطات الداخلية أو النتائج النهائية لفئات معينة من المرضى، وهذا الأسلوب يشابه طريقة التـدقيق الطبي المطور من قبل اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات.

ثانيا: أسلوب مراجعة الاستخدام الأمثل

يتم فيه استخدام السجلات الطبية للمرضى المنومين من أجل تقويم ومراجعة اسـتخدام مـوارد المستشفى، ومن خلال هذا الأسلوب فقد تم استخدام معايير وصفية صحيحة لمعرفة ما إذا كان قـرار التنويم قرارا صائبا، وهل مدة الإقامة مناسبة وضرورية من الناحية الإكلينيكية.

ثالثا: أسلوب التحليل الزمني

يساعد هذا الأسلوب في التحليل على تحديد مدة الإقامة وتقليلها، ومعرفة الإجراءات الجراحيـة المثلى.

وفي منتصف الثمانينيات 1984 تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشـفيات فكـرة متطلبات الإجازة الاعتيادية لتطوير الجودة وملاءمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية، وفي عـام 1988 قامت اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات بتحديد ووصف المؤشرات التـي سـوف تخضع للمتابعة والتقويم.

[1] تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الخمسون، المكتب التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة، مصر،1-4 أكتوبر2000.

[2] محمد بن عبد العزيز العميرة: علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي، رسالة لنيل شهادة: الماجستير، تحت إشراف: د.عبد ا موسى الخاف، قسم العلوم الإدارية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية،2003، ص27، بحث لم ينشر.

وفي عام 1989، نشرت اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطرة دليل "اعتماد المستشفيات" والتي نعرضها فيما يلي([1]):

- **المبادئ:**

- يجب أن تكون المعايير شاملة لكلٍ من العناية المقدمة للمرضى، وإدارة هيئة الرعاية الصحية.
- يجب أن تكون المعايير مؤكدة على الأداء الفعلي للهيئة الصحية، الذي بدوره يجب أن يكون محدداً بإطار تحسين الجودة.
- يجب أن تُركز المعايير على الأداء المتعلق بنتائج رعاية المريض.

- **المعايير:**

بينت اللجنة المتحدة لإجازة مؤسسات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، بأن القيادة، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة المعلومات، وتحسين الأداء في المؤسسة الصحية، هم من أحرج النقاط في عملية توفير الجودة في الرعاية الصحية.

ولقد أُعِد نظام تسجيل نقاط خاص لتقييم العمليات التي تركز على المريض وعلى المنظمة الصحية، ومن ناحية أخرى لتقييم الهياكل الأخرى مع الوظائف، وتكون النقاط في نظام التسجيل على النحو التالي : **درجة صفر** للامتثال الأعلى في تطبيق المعيار، **ودرجة 5** لعدم الامتثال في تطبيق المعيار، **ودرجة ن** لعدم توفر الخدمة أصلاً.

ج/أهمية الجودة في قطاع الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في العقدين الأخيرين مؤشرا على أهميتها في قطـاع الخـدمات الصحية والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة عدد المستفيدين منه من حيث الحصول على رضا هؤلاء المسـتفيدين، وقـد أكـد بروبيسـت **Brobst** على أهمية تأسيس برامج الجودة النوعية وذلك للأسباب التالية([2]):

أولا: تساعد برامج الجودة النوعية في تقديم معلومات أساسية وضرورية لتحديد مستوى وملاءمة الجودة المطلوبة وكيفية إنفاق الموارد المالية.

---
[1] موقع ركن الصيدلية:.www.Pharmacorner.com/cat/product.asp?ref=97
[2] خالد بن سعيد: مرجع سبق ذكره، ص.6.

ثانيا: تساعد تلك البرامج في تقديم تغذية إسترجاعية لبيانات ذات معنى، وفي الوقت المناسب لكافة أنشطة المستشفى، التي يمكن استخدامها على كافة المستويات.

ثالثا: تساعد على تشجيع العاملين والموظفين بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم الأفضل.

رابعا: تساعد في التركيز على المشاكل الأكثر أهمية، التي تؤثر على مستوى ودرجة الرعاية الطبية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل لطريقة منسقة ومتكاملة لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل اتخاذ الإجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.

خامسا: تعمل على تجنيب المنظمات الصحية على تقديم خدمات صحية بجودة متدنية، وقدرتها على تحسين الأداء المالي وتخفيض مصروفات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات.

سادسا: بالإضافة إلى تخفيض التكلفة وتحسين مستوى رضا المرضى فهي تساعد منظمات القطاع الخاص على الوقوف أمام المنافسة القوية.

سابعا: يضاف إلى ذلك أن الإدارة يمكنها التعرف على احتياجات العميل(المريض) والعمل على تحقيقها، وكذلك فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن المنظمة الصحية من الحصول على بعض شهادات الاعتراف والاعتماد مما يؤدي إلى تحسين سمعة المنظمة الصحية وبالتالي يعزز موقعها التنافسي.

4/تطبيق ضمان الجودة وتحسينها في قطاع الخدمات الصحية

إن أحد أهم أسباب تواجد برامج الجودة النوعية هو تحسين أداء النظم الصحية ورفع أداء الخدمات الصحية المقدمة ثم تحديد أسباب ومصادر المشاكل والأخطاء، ليتسنى بعد ذلك تحديد إمكانية التعامل معها ومن هو القسم أو الشخص الأمثل الذي بإمكانه المساعدة على إيجاد الحلول المناسبة لها، مع التأكيد أن معاقبة الأطباء أو الممرضين أو المسؤول بسبب خطأ لن يوقف تلك الأخطاء مرة أخرى إلا إذا عرف السبب الذي أدى إلى العقاب ووجدت الحلول المناسبة، على أن تكون هذه الحلول في حدود الأنظمة والسياسات المعروفة والمكتوبة. لذلك فإن عملية ضمان الجودة وتحسينها يجب أن ترتبط بمعايير يتم وضعها من المتخصصين والمرضى والمجتمع من اجل الانتقال من المرحلة العامة إلى مرحلة أكثر تخصصية وذلك عن طريق إيجاد نظم ثابتة وموحدة على أن تشمل عملية ضمان وتحسين الجودة خدمات الرعاية الصحية كافة الجسدية والنفسية والاجتماعية وأيضا التنظيم والإدارة.

أ/دورة ضمان الجودة في الخدمات الصحية

دورة إدارة الجودة هي عمليات رئيسية وفرعية يتم بواسطتها تحديد فرص التحسين، ثم انتقاء إحدى هذه الفرص، وتحديدها من وجهة نظر عملية، والعمل بناء عليها. وبعد أن يتم انتقاء حل من الحلول، فإنه ينبغي تنفيذه، على أن يعقب تنفيذه إعادة قياس العملية من أجل توثيق التغيير الحاصل. حتى إذا ما تحقق التغيير على نحو إيجابي، اعتُبر أن العملية قد تحسنت، ويمكن عندئذ الأخذ بآلية التحسين المستمر، ضماناً لنتائج أفضل.

ووفقاً لدورة إدارة الجودة (الشكل19)، يتعين اتخاذ خطوات معينة في كل عملية لتحقيق الأغراض المنشودة. علماً بأن الخطوات الثلاث الأولى للدورة، ألا وهي التخطيط، وتقرير المعايير، وإبلاغ المعايير، تتعلق **بضمان** الجودة. أما الخطوة الرابعة، وهي الرصد، فتتعلق **بمراقبة** الجودة، في حين أن الخطوات الست التالية تكفل **تحسين** الجودة، وعلى العموم فإن على المنظمات الصحية أن تكون موجهة بالعناصر التالية من اجل ضمان وتحسين جودة الخدمات الصحية كما يلي[1]:

أولا:القيمة

هي جودة الفوائد التي تقدمها الخطة الصحية أو المسوق الآخر مقسوما على تكلفة هذه الفوائد.

ثانيا:القيم

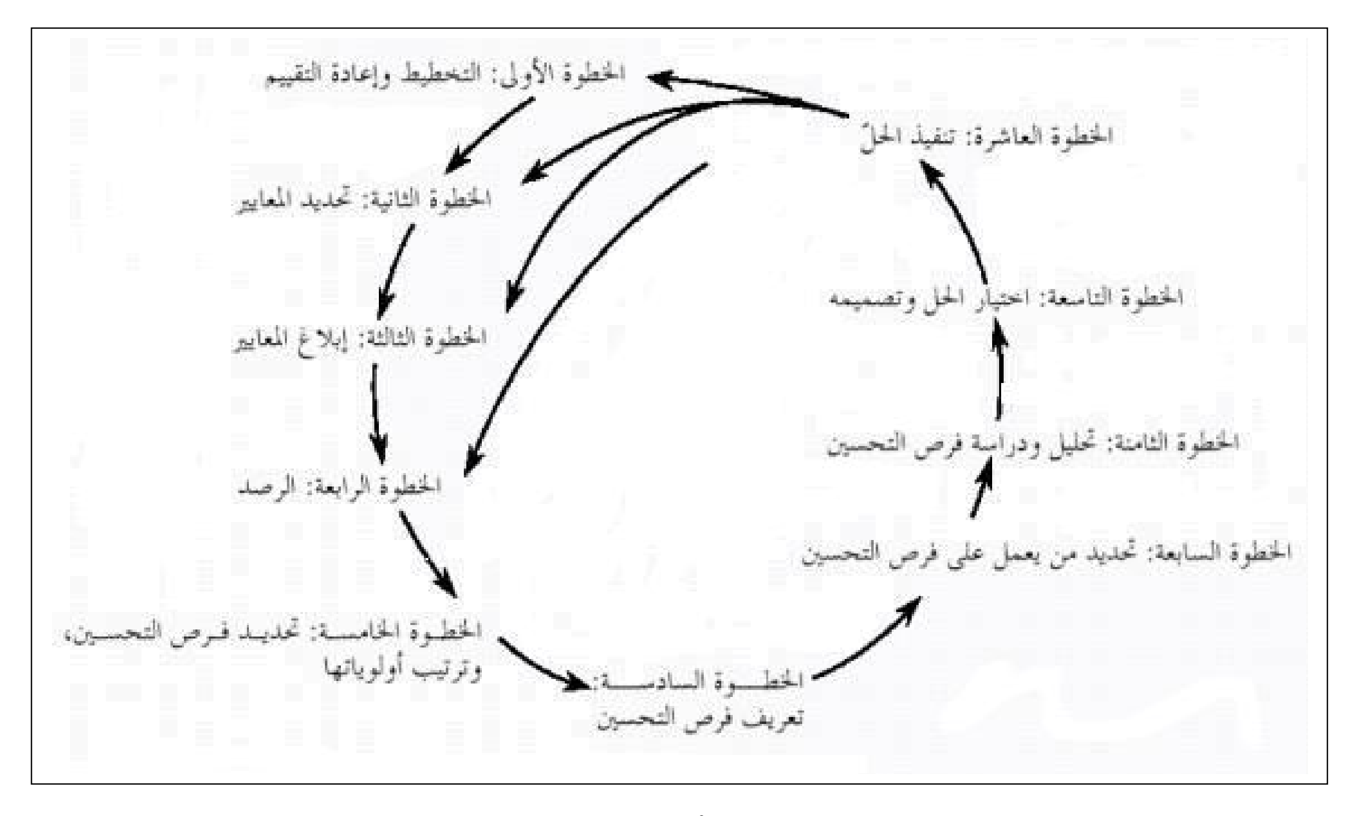
هي مبادئ أو معتقدات أو بيانات الفلسفة التي تدل على السلوك والتي قد تشمل أمورا اجتماعية أو أخلاقية.

كذلك فإنه ينبغي لإطار برنامج ضمان الجودة وتحسينها في مجال الخدمات الصحية أن يجيب عن المسائل التالية:هل للبرنامج رؤى؟وما هي رسالة البرنامج وأغراضه الرئيسية؟وكيف يمكن التنبؤ بالمستقبل؟ومن يتولى قيادة الناس نحو المشاركة الجادة والملتزمة، وكيف يتم ذلك؟

[1] خوجة توفيق بن أحمد: المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية (الرعاية الصحية الأولية) الجزء1، على موقع: www.sgh.org.sa/pdf/quality1.pdf

الشكل (19):

دورة إدارة الجودة



المصدر: خوجة توفيق بن أحمد، المرجع السابق، ص6.

ثالثا:الرؤى

هي السيناريو الايجابي لمستقبل مرغوب، وتُعرف أحيانا بطريقة أكثر تحديدا لتعني المستقبل المرغوب الذي يمكن إدراكه كمستقبل مرغوب، والرؤى هي وصف لما تحب المنظمة الصحية أن تكون عليه(تشير إلى مجموعة من النوايا العريضة والشاملة وتفكر جميعها في المستقبل)، والرؤى ينبغي أن يكون لها الشعور الأعظم بالإنجاز وأن يتم توصيلها لعدد أكبر من المرضى، وتكون عادة غير مكتوبة ولو كانت مكتوبة فهي عندئذ تسمى بيان الرؤى. وبيان الرؤى تجيب على السؤال: ماذا تأمل المنظمة أن تصبح في المستقبل ؟، كما أنها تصف توقعات المستقبل التي يطمح لإحرازها، وأنها مبنية على فهم احتياجات المجتمع والمجموعات الخاصة فيه.

ولا يخفى أن الرؤية المستقبلية ضرورة لا مناص منها في الإدارة الإستراتيجية. وينبغي للرؤية أن تكون عريضة وأن تقودها المبادئُ وأن توجه رسالةَ المؤسسة المعنية وأغراضها التي ينبغي أن تكون محددة وعملية. وتعكس هذه الرؤية المعتقدات والثقافة الجماعية للمؤسسة. ولذلك، ينبغي للرؤية التي لدى المؤسسة أن تشتمل على وصف الملامح والخصائص والأولويات الرئيسية، والنتائج المتوقعة. وينبغي لها كذلك مناصرة المبادئ الأساسية للرعاية الصحية ، ألا وهي: العدالة، وبناء القدرات أو تعزيزها، وتمكين المجتمع من المشاركة في اتخاذ القرارات، وإقامة علاقات من الشراكة.

رابعا:الرسالة

أما الرسالة، فتُعرف بأنها بيان يحدد بشكل عام الغرض الذي أنشئت المنظمة المعنية من أجله. وهي تعين الغاية المتفردة للمنظمة، وتميز المنظمة عن غيرها من المنظمات، وهي الأساس الذي تقوم عليه كل عمليات التخطيط والتغيير، وهي ليست غاية بحد ذاتها. فسعياً إلى تحقيق التميز للمنظمة في الفكر، والسلوك، والنتائج، ينبغي لبيان رسالتها أن يركز على الأنشطة والوقائع اليومية وعلى خدمات المنظمة الرئيسية وكيف تقدم هذه الخدمات ومن هم عملاؤها؟. ومع الوقت تُختبر الرسالة فيعرف ما إذا كانت تحقق التميز بالفعل للمنظمة، أو أنها مجرد جعجعة بلا طحين، لذلك فإن صفة الرسالة المتعلقة بضمان الجودة وتحسينها يجب أن تكون:

- وجيزة وواضحة.
- تستطلع المستقبل.
- موجهة نحو نتائج معينة.
- تقودها السلوكيات.
- تركز على العميل.
- تحكمها الأخلاقيات والمبادئ.

ومن ثم، فمن الأهمية بمكان أن لا تكون الرؤية وبيان الرسالة شعارات جوفاء، بل ينبغي أن يعكسا الالتزام الحقيقي للقيادة.

خامسا: الرصد والتقويم

الرصد هو جمع البيانات ومراجعتها وتحليلها بصفة دورية لمجموعة مؤشرات مختارة تمكن المديرين من تحديد ما إذا كانت الأنشطة الرئيسية تنفذ كما هو مخطط لها وتحدث التأثير المتوقع على مجموعة السكان المستهدفة. إذن الرصد هو عملية تشمل ملاحظة وقياس وتسجيل الطريقة التي تنفذ بها الأنشطة، ونظام الرصد هو قلب برنامج ضمان الجودة ومن المفضل أن يشمل جميع العاملين على كل المستويات في ممارسة كيفية استخدام البيانات لحل المشاكل، وينبغي لأنشطة الرصد والتقييم أن تتضمن الخصائص الأساسية التالية:

- أن تكون مخططة ومنهجية وشاملة.
- أن تستخدم المؤشرات المتفق عليها من قبل العاملين في الخدمة والمقبولة لدى إدارة المنظمة.
- أن تقارن دوريا النتائج مع المعايير/ المؤشرات الموضوعة.
- أن يتمخض عنها إجراءات مناسبة لحل المشاكل التي يتم التعرف عليها.
- أن تكون لها صفة الاستمرارية لضمان صفة استدامة التحسينات في الرعاية الصحية.
- أن تكون متكاملة أي أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من تقييم خدمة من الخدمات يتم تبادلها مع الخدمات الأخرى.

ب/المتطلبات الأساسية لضمان الجودة وتحسينها في الخدمات الصحية

لا يقتصر تحسين الجودة في الرعاية الصحية على التفاعل بين العاملين الصحيين وبين مراجعيهم. فتحسين الجودة يعنَى بالإدارة السليمة لنظام خدمات الرعاية الصحية، وبالقِيم الثقافية، والأسلوب المتكامل لتيسير الحصول على خدمات الرعاية الأساسية. ولابد من الأخذ بعدد من الخيارات الإستراتيجية في تنفيذ أسلوب تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية كما يلي([1]):

أولا: تحديد المسؤوليات

قبل الشروع في تنفيذ أي برنامج لتحسين الجودة لابد من تحديد الأشخاص الذين سيضطلعون بالمسؤولية عن أداء مختلف مقومات البرنامج ووحدات إيتاء الخدمات فيه. ويتطلب ذلك إعداد توصيفات وظيفية بسيطة وواضحة، تُبين المجال الذي يعمل فيه مختلف العاملين الصحيين في ما يتعلق

[1] تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الخمسون، المكتب التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة، مصر،1-4 أكتوبر2000.

بسمات معينة من سمات الجودة في الرعاية الصحية. كذلك، فمن المهم بنفس الدرجة إدخال التغييرات الضرورية في البـِنْية التنظيمية، وفي الثقافة التي تُقدم في إطارها الخدمات. ويسهل من هـذا الأمـر العملُ الجماعي بروح الفريق، وقيام علاقات إيجابية بين الفِرق الصحية وبـين العـاملين الصـحيين ومراجعيهم ومجتمعاتهم.

ثانيا:إعادة توجيه العاملين الصحيين وتدريبهم على الجودة

لابد أن تتوافر لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية المعلومات الأساسية والمهارات اللازمة لتقديم الرعاية على أعلى مستوى ممكن، إذ إن ما يتوافر لديهم من معارف يقوم بدور رئيسي في تحديد العملية والنتيجة. وفي هذه الحقبة التي تنكمش فيها الموارد، لا ينبغي للممارسين العامين ولنُظُم الرعاية الصحية أن يسهوا عن كون التدريب وسيلة فعالة لتحسين الجودة. لذا، ينبغي إيلاء الاهتمـام الـلازم للمهام التثقيفية والتدريبية لدى إعداد نظام ضمان الجودة وتحسينها، ومتى تم تبليغ المعلومات المناسبة، وجب على العاملين المعنيين وعلى نظام الخدمة المعني، تطبيقُها وممارستها لتحقيق نتائج جيدة.

ثالثا:بث عناصر عملية ضمان الجودة وتحسينها

إن إقامة البرامج الفعالة والناجحة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، تتطلب بثا واضـحاً لأغراض البرنامج، والأنشطة المقررة لتحقيق هذه الأغراض، والـدعم الإداري الـلازم والمشـاركة المجتمعية المطلوبة، والموارد والعمليات التي تؤدي إلى التحقيق الشامل لنتائج البرنـامج المنشـودة. وينبغي للقطاع الصحي والمجتمع المهني إنشاء شبكة الاتصال التي تتيح للعاملين الصحيين في مستوى الرعاية الصحية التوصل بلا قيود إلى المعايير المقررة. وينبغي أن تقوم بتنسيق عمليـة البـث هـذه، هيئاتٌ على المستوى الوطني ومستوى المحافظات تضطلع بمسؤولية إعداد هذه المعايير وتطبيقها.

رابعا: التدرج في التنفيذ:

يوصى عند إدخال تدابير تحسين الجودة، باتخاذ أسلوب التدرج في تطبيقها، حفاظاً على التزام الموظفين وتنميةً لمهاراتهم. فيتم أولاً انتقاء عدد قليل من سمات الجودة ويوضع لها عدد محدود مـن المعايير، ومن خلال استخدام دورة تحسين الجودة يكتسب الموظفون المعنيون، بالتدريج، قدرتهم على حل المشكلات، وبفضل استفادة أولئك الموظفين من مداخلاتهم التصحيحية من خلال عمليـة تحسـين الجودة، فإنهم يكتسبون من الثقة ما يحدو بهم إلى التوسع في بعد الجودة في الرعاية الصحية. والحـق أن إقامة برنامج تفصيلي لتحسين الجودة يعتبر هدراً للموارد، إذا كان العاملون والمديرون الصـحيون لا يفهمون نظام تحسين الجودة أو لا طاقة لهم بالنهوض بأعبائه.

ومن المهم أن ندرك أن الجودة النوعية في الخدمات الصحية هي عملية مستمرة ومتواصلة وليست برنامج، فالبرنامج له بداية ونهاية ولكن العملية لا نهاية لها، فهي مستمرة أي أن الرعاية ينبغي بدؤها وتقديمها وتقييمها وتحسينها ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه، إذ أن الرعاية الصحية تشمل أيضا تمام العافية وتعزيز الصحة والوقاية من المرض، فالرعاية المتشرذمة والرعاية المتقطعة ليست من نظام الجودة في شيء، ولا يمكن الوفاء بالمعايير المنشودة بحال في ظل تلك الظروف، ومن المهم للغاية لنجاح هذه المبادرة، وضع إطار مناسب وبنية تنظيمية لضمان الجودة وتحسينها مع وجود رؤية وأغراض واضحة وعملية.

المبحث الثاني:جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضاء المرضى

ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر داخلية وأخرى خارجية، حيـث تقـوم وجهـة النظر الأولى على أساس الالتزام بالمواصفات الدقيقة التي تكون الخدمة قد صممت على أساسها، وهي وجهة نظر تعبر عن موقف المنظمة الصحية وهذا ما تطرقنا إليه في المبحث الأول.أما وجهة النظـر الخارجية فهي تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق الذي يقوم على أساس أن المنظمة الخدمية بشكل عام والصحية بشكل خاص يجب أن تكون موجهة بالعملاء، وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة المدركة من قبل العميل **Perceived Service Quality**، ولهذا فإن وجهة النظر هذه تعبـر عـن موقـف المريض واتجاهه إزاء ما يقدم لهم من خدمات صحية، وهنا يفاضل بين المستشفيات المختلفة التي من خلالها يحصل على خدماته.

ومادامت وجهة النظر الخارجية تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق الذي يجد اليوم تطبيقاته في المجالات المختلفة، فإننا نميل إلى تبني وجهة النظر هذه التي ترى أن مفهوم الخدمة الصحية يكمن في إدراكات المستفيد منها(المريض)، والأكثر من ذلك فإن جودة الخدمة الصحية يجب أن تقاس بمقـاييس ترتبط بهذه الإدراكات وتعبر عنها، وعلى هذا الأساس فإن الحكم الحقيقي على جودة الخدمات الصحية هو المريض وليس المنظمة الصحية. بمعنى أن نجاح المنظمة الصحية أصبح يعتمد بدرجة كبيرة على مدى استجابتها لعناصر أو محددات الجودة التي يدركها المريض على أنها الأهم في جـودة الخدمـة الصحية التي يرغب في الانتفاع بها، لذلك فإن جودة الخدمة الصحية هو عبارة عن مفهوم يعكس تقييم العميل(المريض) لدرجة التميز أو التفوق الكلي في أداء الخدمة الصحية، وهو المفهوم الذي تبناه العديد من الكتاب المتميزين في مجال التسويق والجـودة مـن أمثـال Parasurman، وزملائـه Taylor و Cronin وآخرون.

1/جودة الخدمة الصحية

ازدادت أهمية جودة الخدمة المقدمة للمرضى كأساس لتحقيق التميز في مواجهة المنافسين فـي منظمات الرعاية الصحية، وأصبحت الخدمة المميزة هي الأساس في المفاضلة بين منظمـة صـحية وأخرى حيث تتشابه عروض منظمات الرعاية الصحية تقريبا في كافة الخدمات الصحية التي تقـدمها للمرضى، وبالتالي أصبح مستوى جودة أداء الخدمات الصحية أحد الأسلحة التنافسية القوية في تـأمين الاستمرار والنمو لمؤسسات الخدمات عموما ومنظمات الرعاية الصحية على وجه الخصوص. وهناك

العديد من المبررات التي تدعو إلى الاهتمام بتقديم خدمة متميزة للمرضى في أي منظمة للرعاية الصحية، منها تحقيق ميزة تنافسية فريدة عن بقية منظمات الرعاية الصحية وتحقق رضا المريض، مما يساهم في عملية الترويج عن طريق الكلمة المنطوقة الشيء الذي يؤدي إلى تحسين سمعة منظمة الرعاية الصحية.

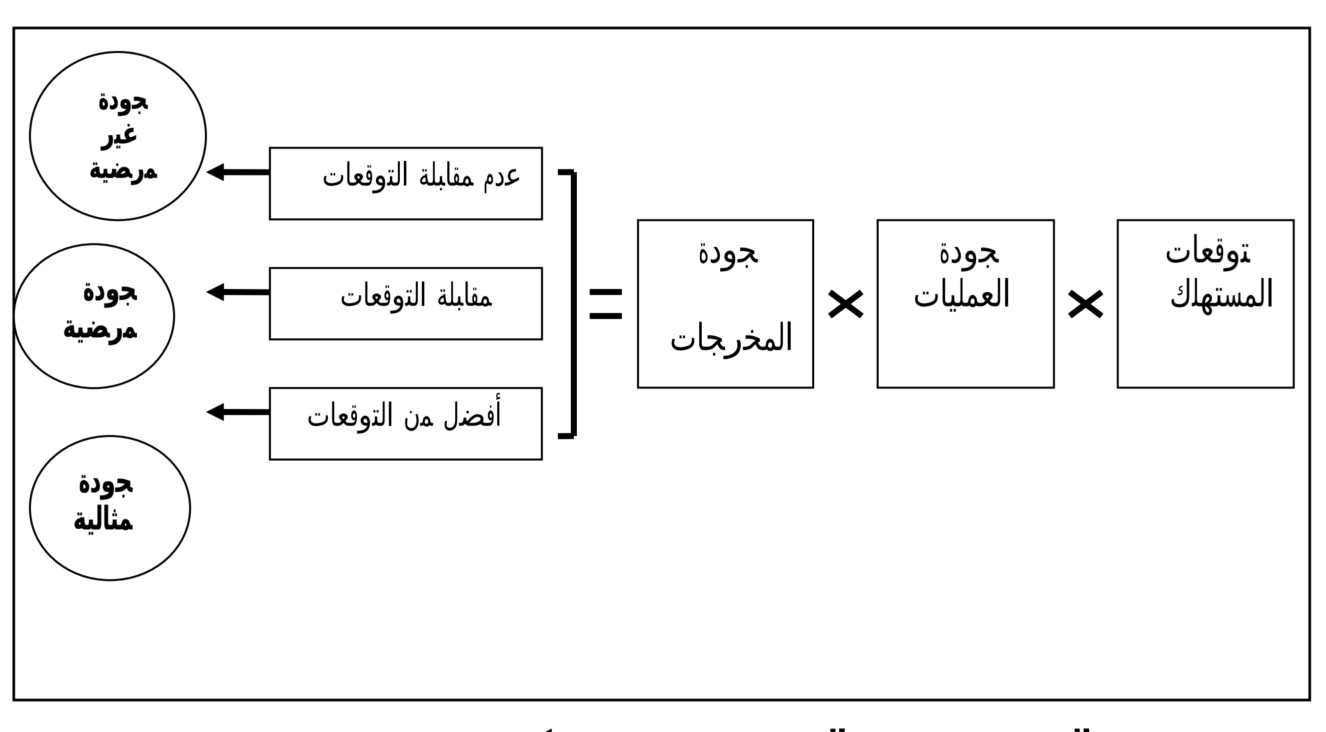
أ/ أبعاد ومستويات جودة الخدمة الصحية

تعرضت بعض الكتابات التسويقية في مجال تسويق الخدمات للمكونات أو الأبعاد التي تشمل عليها جودة الخدمة، وعلى الرغم من وجود اتفاق حول حقيقة أن هذه الأبعاد يجب أن تعكس توقعات العملاء(المرضى) إلا أن هناك اختلافا فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد أو المكونات الأساسية والفرعية على وجه التحديد. فعلى سبيل المثال يميز **ساسير sasser** بين ثلاثة أبعاد لجودة الخدمة هي: الجوانب المادية، والتسهيلات، والأفراد، على حين يرى **Lehtinnen,J.R.&Lehtinen,O** أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاثة أبعاد أساسية هي: الجودة المادية التي تتعلق بالبيئة المحيطة بتقديم الخدمة، وجودة المنظمة التي تتعلق بصورة المنظمة أو الانطباع الذهني عنها، والجودة التفاعلية التي تمثل نتاج عمليات التفاعل بين العاملين في المنظمة وبين العملاء، وفي تصنيف آخر للباحثين نفسيهما عن جودة الخدمة نجد أنهما يميزان بين جودة العمليات التي يحكم عليها العملاء أثناء تأدية الخدمة، وبين جودة المخرجات التي يحكم عليها العملاء بعد أداء وتقديم الخدمة بالفعل[1]. كما يوضحه الشكل الموالي:

[1] د.ثابت عبد الرحمن إدريس: قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد4، العدد1، نوفمبر1996، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت، ص.12.

الشكل (20):

تقييم العميل لجودة الخدمات



المصدر: د.محمد الصحن:مرجع سبق ذكره، ص360

أما **Gronroos.C** فيرى أن الجودة الشاملة كما يدركها العملاء في مجـال الخـدمات أبعـاد رئيسية وهي:

أولا: البعد الفني للجودة المدركة The Technical Dimension.

ثانيا: البعد الوظيفي للجودة The Functional Dimension.

ثالثا: بعد الطابع The Image Dimension.

رابعا: بعد العملاء الآخرين Others′ Dimension.

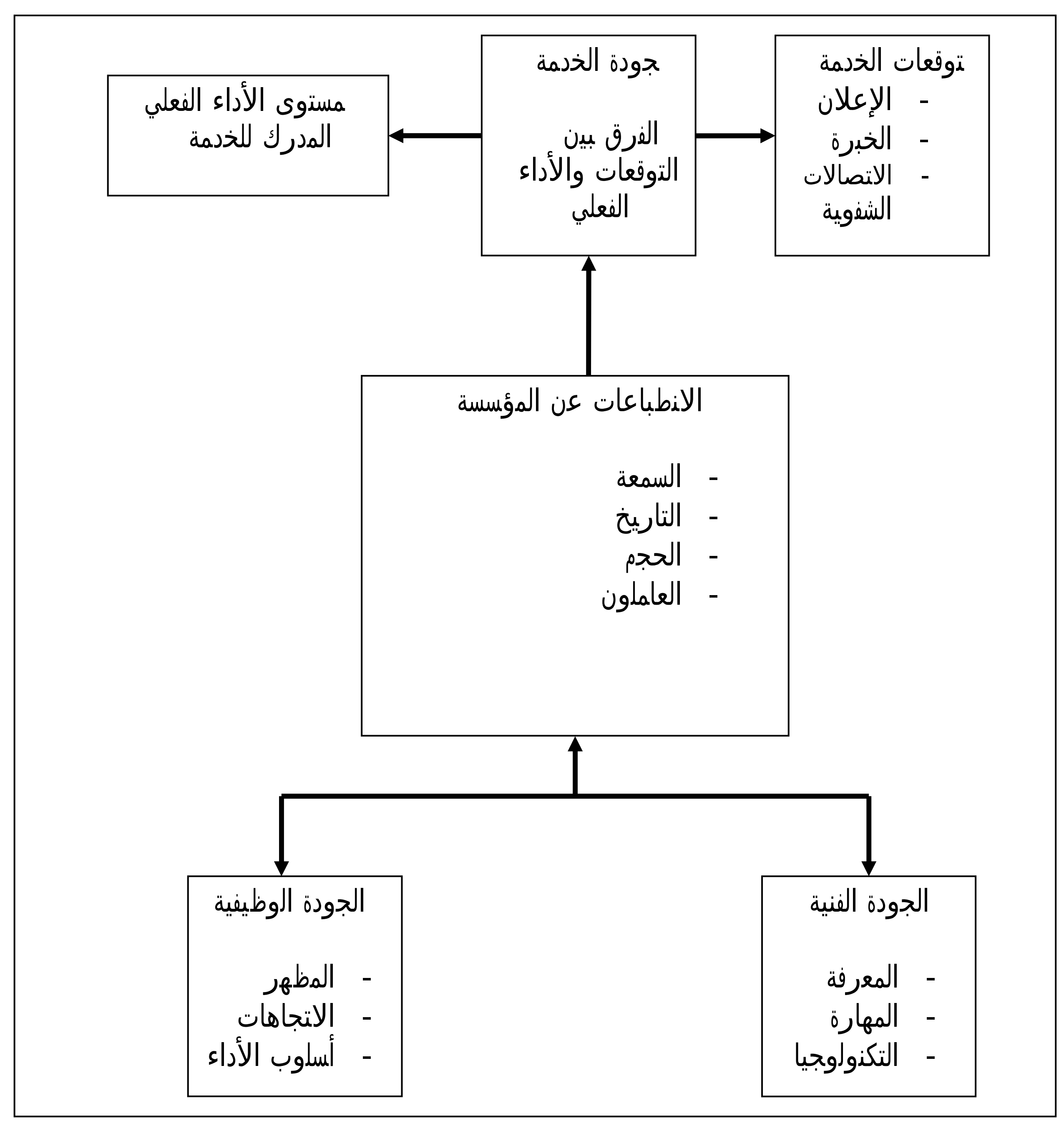
ويقصد بالبعد الفني لجودة الخدمة "جودة الخدمة ذاتها"، ويعبر عنها بالسؤال: مـا الـذي يـتم تقديمه؟ حيث يمكن قياسها من خلال العميل وبطريقة موضوعية إلى حد ما، أما البعد الوظيفي فيقصد به "الكيفية التي تقدم بها الخدمة للعميل" ويعبر عنها بالسؤال: كيف تتم عملية تقديم الخدمة؟ ويعكس هذا البعد عملية التفاعل بين مقدم الخدمة والعميل، كما أن البعد الوظيفي يعتبر في رأي Gronroos مهمـاً

وحاسما في الحكم على جودة الخدمة، ويقصد ببعد الطابع "الصورة التي يتلقاها العملاء عن المنظمة وما تقدمه من خدمات" إلا أن هذا البعد يتوقف إلى حد بعيد على تقييم العملاء للجوانب الفنية والوظيفية للخدمة، ويقصد ببعد العملاء الآخرين "طريقة ونتيجة تقييم عملاء المنافسين لجودة الخدمة التي تقدمها المنظمة"[1]، ومثال ذلك إذا وجد المريض أن عددا من المستشفيات الخاصة في منطقته تقدم خدمات ذات جودة عالية فإن تقييمه الشامل لجودة الخدمة التي يقدها المستشفى الذي يتعامل معه، سيكون مستندا على أساس ما تقدمه المستشفيات الأخرى من الخدمات، فالمريض هنا يكون مطلعا على جودة خدمات هذه المستشفيات، ولن يقبل بخدمة طبية أقل مما تقدمه هذه المستشفيات. وبعبارة أخرى فإن المريض يتوقع أن يحصل من المستشفى الذي يتعامل معه على خدمة متساوية أو أفضل من تلك المقدمة من قبل المستشفيات الأخرى[2]. والشكل الموالي يعرض الأبعاد الثلاثة المشتركة بين هؤلاء الكتاب لجودة الخدمة.

[1] سعيد محمد المصري: مرجع سبق ذكره، ص33.
[2] د.بشير عباس محمود العلاق، د. الطائي حميد:تسويق الخدمات،مدخل استراتيجي ووظيفي،دار زهران، عمان، الأردن،1999، ص265.

الشكل (21):

أبعاد جودة الخدمة



المصدر: د.عوض بدير الحداد:مرجع سبق ذكره، ص343.

وعموما فإن جودة الخدمة الصحية تفسر على ثلاثة أبعاد رئيسية كما يلي:

- جودة الرعاية الفنية.
- جودة فن الرعاية.
- جودة المظهر الخارجي.

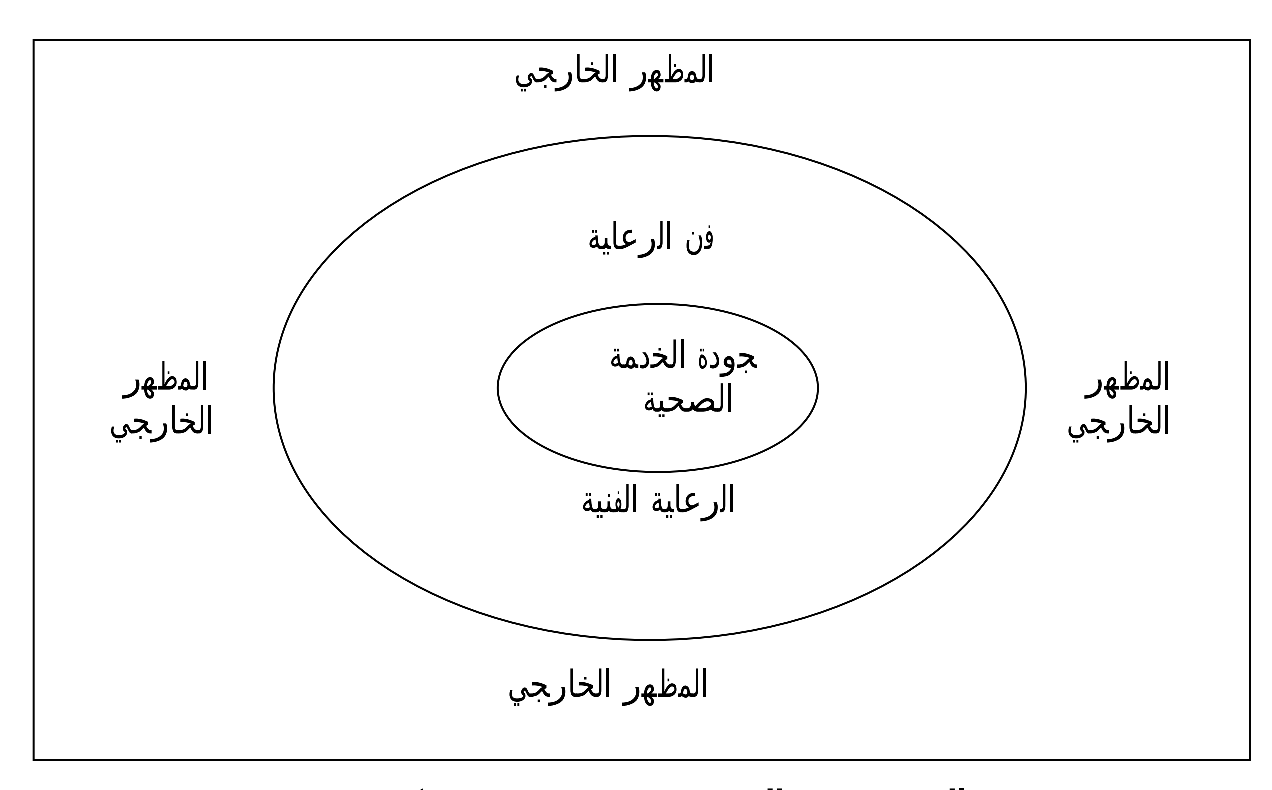
فالرعاية الفنية تشير إلى كفاية ومدى مهارة التخصصين في كل من عمليتي التشخيص والعلاج الخاصة بتقديم الرعاية، في حين أن فن الرعاية يرتبط كثيرا بالجانب الإنساني للرعاية، بمعنى آخر الطريقة التي ينتهجها مقدم الرعاية سواء كان طبيبا أو ممرضا أو فنيا أو إداريا في تقديم خدمة الرعاية الصحية للمرضى، ومدى استخدام أسلوب اللطافة واللباقة مع المرضى أو الزائرين.

وهذا الجانب الإنساني للرعاية يعني أحيانا الكثير للمريض ويشمل جوانب الراحة النفسية، والرضا عن مستوى الخدمات المقدمة. أما البعد الثالث لمفهوم الجودة الصحية فيكمن في المظهر الخارجي للمنشأة الصحية، على سبيل المثال النظافة الداخلية للمنشأة الصحية ومدى توافر الخدمات الفندقية الجيدة، إضافة إلى مدى توافر التجهيزات الطبية واهتمام الإدارة بمكافحة العدوى داخل المستشفى([1]).
والشكل الموالي يوضح أبعاد جودة الخدمة الصحية:

[1] خالد بن سعيد: مرجع سبق ذكره، ص.13.

الشكل (22):

الأبعاد الثلاثة الرئيسية لجودة الخدمة الصحية



المصدر: د.خالد بن سعيد:مرجع سبق ذكره، ص13.

أما بخصوص مستويات جودة الخدمة الصحية فيمكن التمييز بين خمسة مستويات وهي:

- الجودة المتوقعة من قبل العملاء والتي تمثل مستوى الجودة من الخدمات الصحية التي يتوقعون أن يحصلوا عليها من المستشفى الذي يتعاملون معه.
- الجودة المدركة وهي ما تدركه إدارة المستشفى في نوعية الخدمة التي تقدمها لمرضاها والتي تعتقد أنها تشبع حاجاتهم ورغباتهم بمستوى عال.
- الجودة الفنية وهي الطريقة التي تؤدي بها الخدمة الصحية من قبل موظفي المستشفى والتي تخضع للمواصفات النوعية للخدمة الصحية المقدمة .

- الجودة الفعلية التي تؤدى بها الخدمة والتي تعبر عن مدى التوافق والقدرة في استخدام أساليب تقديم الخدمة بشكل جيد يرضي المرضى أي بعبارة أخرى كيف يرفع موظفي المستشفى من مستوى توقع العملاء للحصول على الخدمة الصحية.
- الجودة المروجة للمرضى أي مدى الرضا والقبول التي يمكن أن يحصل عليه المستشفى من عملائه (المرضى) عن تلقيهم لتلك الخدمات.

ب/محددات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض

على المنظمات الصحية أن تبحث عن الطرق والوسائل لتطوير وتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة والتي تتلاءم مع توقعات المرضى وتلبي حاجاتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المرضى هي التي تتفق وتتطابق مع توقعاتهم، لذلك على المنظمة الصحية التي تحرص على تلبية هذه التوقعات أن تتعرف على المحددات التي يلجأ إليها المرضى للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات. وفي هذا المجال فقد توصلت مجموعة من الباحثين البارزين من أمثال Gronroos, Parasuraman, Zeithaml, Berry إلى أن المعايير التي يبني عليها المستفيد (المريض) توقعاته وإدراكاته، وبالتالي حكمه على جودة الخدمة، تمتد لتشمل عشرة أبعاد رئيسية هي[1]:

أولا- الاعتمادية Reliability

تشير الاعتمادية إلى قدرة مورد الخدمة (المنظمة الصحية) على إنجاز أو أداء الخدمة الصحية الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، فالمريض يتطلع إلى المنظمة الصحية بأن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الوقت والانجاز تحقق له الراحة النفسية والجسمية بالإضافة إلى السلامة تماما مثلما وعدته، وأن يعتمد على المنظمة الصحية في هذا المجال بالذات.

ثانيا- الوصول للخدمة(الإتاحة) Accessibility

تشير الإتاحة أن الرعاية الصحية متوافرة ومقبولة، وميسورة التكاليف، وللإتاحة جوانب مادية ومالية وفكرية، علما بأن الجانب الأخير أي الجانب الفكري مهم للغاية في أي بيئة تتعدد فيها الثقافات والخلفيات التعليمية، كذلك فإن هذا المحدد لا يتضمن سهولة الاتصال فحسب، ولكن كل ما من شأنه أن ييسر الحصول على الخدمة الصحية مثل ملاءمة ساعات العمل وتوافر عدد كاف من منافذ الخدمة

[1] د.بشير عباس محمود العلاق، د.أحمد محمود: مرجع سبق ذكره، ص19، 20، 21.

الصحية، وملاءمة موقع المستشفى ووجود عدد مناسب من الأطباء المختصين وآلات التشخيص الحديثة...الخ.

ثالثا:الأمان Security

تلعب هذه الخاصية دور كبير وفعال في جذب المرضى لطلب الخدمة الصحية، لأن توفر عنصر الأمان يشكل أحد الحاجات الأساسية بالنسبة للمريض، فعند خضوع المريض مثلا إلى عملية جراحية فإنها تعتمد بشكل كبيير على مدى الأمان بالطبيب الجراح وعلى مدى العناية التي سوف يلقاها منه ومن الفريق الطبي المرافق له، لذلك ترى المريض يقوم بتجميع المعلومات اللازمة من أجل أن يحصل على مستوى الثقة والأمان المطلوبة قبل أن يقوم على إجراء العملية الجراحية. ونظرا إلى أن المستشفيات اليوم تعتمد اعتمادا كليا على الأطباء لجذب المرضى إليها باعتبارهم أول عناصر التفضيل للمريض لدخوله المستشفى فإن على إدارة المستشفى أن تكون دائما في تنافس لجذب أمهر الأطباء وأفضلهم في السوق في حين تعمل إدارة التسويق بعملية التسويق للأطباء إلى المرضى المحتملين والمرضى الحاليين.

رابعا- المصداقية Credibility

وهذا يعتمد بشكل أساسي على إمكانية وقدرة الطبيب والطاقم الطبي على إعطاء الثقة التي تطمئن المريض وتجعله واثق من حصوله على الخدمة المطلوبة ووفق ما يتوقع أن يحصل عليه، وهنا تلعب قدرات الطبيب والطاقم الطبي في المنظمة الصحية ومستوى المعرفة لديهم الدور الكبير في تحقيق ذلك، حيث أن الطبيب والطاقم الطبي الذي يتمتع بالمواصفات المطلوبة من لباقة ودبلوماسية وخدمة سريعة واستجابة...الخ سوف يجسدون مصداقيتهم في تقديم الخدمة الصحية وفي تحقيق الضمان والثقة للمريض، لأن المصداقية تضمن للمريض حصوله على الخدمة الصحية بالمواصفات المطلوبة.

خامسا- درجة فهم مقدم الخدمة الصحية للمريض Understanding the Patient

ويعكس هذا المحدد الجهد المبذول للتعرف على احتياجات المريض، ومواءمة الخدمة الصحية في ضوء تلك المعرفة، كما يتضمن هذا الجانب توفير الاهتمام الشخصي للمريض من قبل الطاقم الطبي العامل في المنظمة الصحية، وسهولة التعرف عليه.

سادسا- الاستجابة Responsiveness

وتشير إلى المبادرة إلى مساعدة المرضى والرد السريع على استفساراتهم، والحساسـية تجـاه المرضى، والسرعة في أداء الخدمة الصحية، ومثال ذلك الاستجابة الفورية لموظفي الطوارئ للحالات الاستعجالية. إن الاستجابة في تقديم الخدمة الصحية تُنْهي حالة القلق والشك الذي يتولد لدى المرضـى أثناء الانتظار.

سابعا- الجدارة Competence

وتعكس مستوى كفاءة وجدارة القائمون على تقديم الخدمة الصحية مـن أطبـاء وممرضـون وفنيون من حيث المهارات والقدرات التحليلية والاستنتاجية والمعرفة التي تمكنهم من القيام بـأدوارهم بالشكل الأمثل، فالمريض غالبا ما يلجأ إلى معايير مثل الكفاءات العلمية التـي يتمتـع بهـا الأطبـاء والشهرة والسمعة التي يحظون بها في حالة التعامل مع تلك المنظمات الصحية لأول مرة.

ثامنا- الأشياء الملموسة Tangibles

وهو عبارة عن الدليل المادي للخدمة الصحية كمرافِقٍ لها، وغالبا ما يتم تقييم جـودة الخدمـة الصحية من قبل المريض في ضوء مظهر التسهيلات المادية من معدات طبية وأجهزة حديثة ومتطورة للتشخيص وملابس وهيئة الطاقم الطبي العامل بالمنظمة الصحية، بالإضافة إلى المظهـر الخـارجي والتصميم(الديكور) الداخلي.

تاسعا- الاتصالات Communication

وتعني دوام إمداد المريض بالمعلومات الضرورية له والطلـب منـه إتبـاع مجموعـة مـن الإجراءات أو التعليمات من أجل سلامته، ومخاطبته باللغة التي يفهمها، والإنصات له وتأمين الحصول على المعلومات الاسترجاعية(المرتدة).

عاشرا- اللباقة والكياسة Courtesy

وتعني أن يكون مقدم الخدمة الصحية على قدر من الاحترام والأدب، وأن يتسم بالمعاملة الودية مع المريض، ومن ثم فإن هذا الجانب يشير إلى المودة والاحترام بين الطاقم الطبي والمريض.

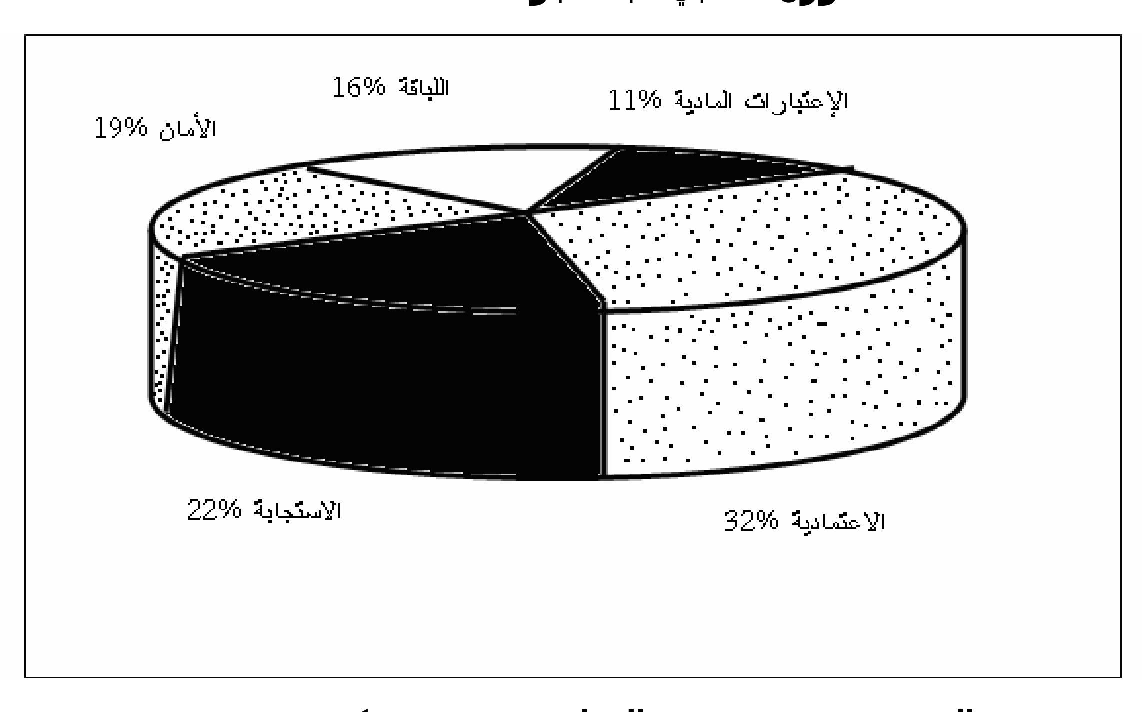
إن هذه المعايير العشرة التي يعتمدها المريض لتقييم جودة الخدمة الصحية ليست بالضـرورة مستقلة عن بعضها البعض، بل إن بعض المعايير متداخلة مع بعضها البعض قد تكون أحيانا متداخلـة ومكملة لبعضها البعض([1]).

[1] د.بشير عباس محمود العلاق، د. الطائي حميد:مرجع سبق ذكره، ص259.

وقد قامت الدراسات المتلاحقة بتلخيص هذه المعايير العشرة في خمسة نقاط فقط أطلق عليها نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL) وتشمل: الأشياء المادية الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، اللباقة والكياسة. من ناحية أخرى فقد أثبتت تلك الدراسات، أنه على الرغم من النظر إلى الأبعاد الخمسة على أنها ضرورية، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من عميل(مريض) إلى آخر ومن منظمة خدمية (منظمة صحية) لأخرى. إلا أن البعد الخاص بالاعتمادية يظل في جميع الأحوال، في المرتبة الأولى كأهم عنصر أو بعد يعكس جودة الخدمة الصحية، وذلك على النحو الذي يعرضه الشكل الموالي:

الشكل (23):

الوزن النسبي لأبعاد جودة الخدمة



المصدر: د.عوض بدير الحداد:مرجع سبق ذكره، ص345.

2/رضا المريض

تزايد الاهتمام بالمريض في الآونة الأخيرة وذلك بعد زيادة المنافسة بين المنظمات الصحية، فقد أدى هذا التنافس بين المنظمات الصحية إلى ضرورة التركيز على إشباع حاجات ورغبات المريض وذلك في محاولة لإرضائه وإسعاده. ويعتقد دونابيديان أن مناقشة موضوع ضمان الجودة وتحسينها لا تكتمل من دون إدراك الدور الذي يقوم به المستفيد من الخدمة بالفعل أو الذي يمكنه أن يقوم به. ويلاحظ أنه على مدى العقد الماضي أصبح رضاء المريض من الخدمة يعتبر، أكثر فأكثر، علامة على جودة الرعاية، نظراً لكونه نتيجة مشروعة ومرغوبة. فلا يمكن أن تكون الرعاية عالية الجودة ما لم يكن المريض راضياً عنها، فرضاء المريض مؤشر لنظرته لمختلف جوانب الجودة في الرعاية، ويمكن استخدامه كمقياس بديل لهذه الجوانب.

كما أن رضاء المريض شرط أساسي للرعاية الجيدة، إذ على الأرجح أن يتعاون المريض الراضي تعاوناً فعالاً مع مقدم الرعاية الصحية، وأن يقبل توصياته ويستمسك بها، ويمتثل لأوامره، ويحافظ على المواعيد، ويعاود التماس الرعاية الصحية. والأرجح كذلك أن يشارك المريض الراضي في معالجته ويتعاون مع مقدم الرعاية الصحية بإفشاء ما يطلبه منه من معلومات طبية. كما أن المريض الراضي يكون أكثر قناعةً ورباطةَ جأش، في حين أن المريض غير الراضي ينزع إلى عدم الثقة في مقدم الرعاية الصحية وربما في نفسه كذلك. وهنالك بينات على أن عدم رضاء المريض بالرعاية المقدمة إليه يؤدى إلى البحث والتحري عن الأطباء وإلى المقاضاة على سوء الممارسة المهنية .

كما يعتبر رضاء المريض عاملاً حاسماً من عوامل تسويق الخدمات الصحية، لاسيما مع تزايد المنافسة في سوق الرعاية الصحية. فالمستشفيات وسائر المؤسسات الصحية تسعى إلى تحقيق أعلى مستوى ممكن من رضاء المريض، لا للحفاظ على قاعدة مرضاها فحسب، بل لتوسيع هذه القاعدة كذلك، وتتزايد أهمية رضا المريض لدى المديرين الصحيين والمسوقون.

أ/مفهوم رضا المريض وأبعاده

يمكن تعريف الرضا على أنه مستوى من إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين أداء الخدمة كما يدركه العميل وبين توقعات هذا العميل[1]. وبعبارة أخرى يمكننا القول أن رضا المريض هو دالة للفرق بين الأداء والتوقعات، وبالتالي فإن المريض يقارن بين الخدمة المدركة، أي التي حصل عليها

[1] Philip Kotler, B.Dubois, Op.cit, P.69.

فعلا، والخدمة كما كان يتوقعها، فإذا كانت الأولى أقل من الثانية كان شعوره بالاستياء وعدم الرضـا، أما إذا كانت متساويتين كان شعوره بالرضا، أما إذا كانت الخدمة المدركة أكبر من الخدمة المتوقعـة كان شعوره بالرضا وازداد ولاءه للمنظمة الصحية، وتمسك بها.

وينبغي ملاحظة أن المريض يبني توقعاته على نتيجة لتفاعل أربع قوى هي[1]:

أولا: احتياجات المريض.

ثانيا: الخبرة السابقة للمريض.

ثالثا: الكلمة المتداولة Word-of-mouth من الأصدقاء والزملاء.

رابعا: الاتصالات التسويقية التي تقدمها المنظمات الصحية لعملائها لإعلامهم بمستوى جودة الخدمـة الصحية المعلن عنها، وذلك من خلال أنشطة الإعلان والترويج.

والجدير بالذكر أن توقعات المرضى تلعب دورا حيويا في الحكم على جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات الصحية.

ويمكن النظر إلى الرضا على انه حجر نفيس كريم عديد الأضلاع، كل ضلع فيه يمثل بعد من أبعاد الرضا، ومع ذلك فإن مساحات الأضلاع المختلفة أو أوزان الأبعاد المختلفة ليسـت بالضـرورة متشابهة، وفيما يلي التشكيلة المبسطة عديدة الأبعاد لرضا المريض:

- النزعة الإنسانية أو فن الرعاية.
- القدرة على الإعلام.
- الجودة الإجمالية (بما فيها العلاقات بين الأشخاص).
- كفاءة مقدم الخدمة.
- البيروقراطية داخل النظام الصحي.
- سهولة الحصول على الخدمة.
- التكلفة.
- البيئة الخارجية والداخلية.
- الحصيلة الصحية بما فيها مخرجات الصحة كنتيجة للرعاية.
- استمرارية الرعاية مقابل الرعاية المجزأة.

[1] عصام الدين أبو علفة: مرجع سبق ذكره، ص.510.

- الاهتمام بالمشاكل النفسية والاجتماعية.

وانطلاقا من هذا يمكن القول أن بأن تحقيق رضا المريض يعتبر هدف وأداة تسويقية في نفـس الوقت. فالهدف الرئيسي لنشاط التسويق هو جعل العميل راضي وسعيد بخـدمات المنظمـة الصـحية ولذاك يجب أن تكون جميع أنشطة المنظمة الصحية موجهة نحو تحقيق رضا العميل (المريض).

ب/قياس مستوى رضا المريض

إن قياس مستوى رضا العملاء يعتبر مهما بالنسبة لأي منظمة، لأنه يعبر عن مدى نجاح إدارة المنظمة في التعامل مع عملائها وفي تسويق منتجاتها وخدماتها. وقد أثبتـت الدراسـات أن العميـل الراضي من المنتج أو الخدمة يتحدث عن رضاه إلى ثلاثة أشخاص من معارفه وأمـا العميـل غيـر الراضي فهو يتحدث عن عدم رضاه عن المنتج أو الخدمة إلى أكثر من عشرين شخصا. وهـذا يـدل على مدى تأثير رضا العميل الواحد أو عدم رضاه في عملية التسويق[1]. لذلك يعتبر رضـا العميـل أصل من أصول المنظمة ويساعد المنظمة على الاحتفاظ بها، حيث أن العميل الراضـي يعـود إلـى الشراء مرات أخرى، بالإضافة إلى أنه يعمل على نقل الصورة الجيدة عن المنتج أو الخدمـة وعـن المنظمة في حد ذاتها إلى معارفه مما يؤدي إلى ولائه لها بالإضافة إلى استقطاب عملاء جدد. لـذلك عملت المنظمات على الانتباه إلى موضوع الرضا فقد كتب أحد البنوك لافتة في مكان بارز يقول فيها لعملائه: إن أرضيناك فتحدث عنا ، وإن لاحظت قصورا فتحدث لنا، وبذات المعنى كتب أحد أطبـاء الأسنان في مكان بارز من عيادته:

Satisfied customers are our best customers. If you are happy with us, tell your friends

أي أن أحسن العملاء لدى هذا الطبيب هم العملاء الراضيين، فإذا كنت راضي معنـا، فـأخبر أصدقاءك.

هناك العديد من الوسائل المتاحة لقياس رضا المرضى أو المراجعين، حيث أن نجاح المنظمـة الصحية في خدمة أسواقها يعتمد بدرجة كبيرة على مدى قدرتها على خدمة عملائها وتحقيق رضاهم. ومن ضمن هذه الوسائل ما يلي:

[1] د.محفوظ أحمد جودة: مرجع سبق ذكره، ص80.

أولا- أنظمة الشكاوي والمقترحات

في ظل هذا النظام تشجع المنظمة الصحية العملاء على التقدم بمقترحاتهم عن أي مجالات لتطوير وتحسين الخدمة وحتى عناصر المزيج التسويقي الصحي بما يحقق رضاهم، ومن خلال نظام الشكاوي والمقترحات يمكن أن نحول الأشخاص غير الراضيين عن المنظمة إلى أشخاص لديهم ولاء للمنظمة والى خدماتها، لأن هذا النظام يخلق إحساس لدى العميل على أنه موضع اهتمام من جانب المنظمة. ومما يجدر بالذكر أن المنظمات التي لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوي عملائها، بل تذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن الشكاوي، فعدم وجود شكاوي لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا العملاء، وذلك أن هذا النظام المتبع لإعطاء فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا يكون كافيا. كما ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.

ثانيا- بحوث قياس رضا العميل

وهو أن تقوم المنظمة الصحية من فترة لأخرى بإجراء بحوث لقياس رضا العميل عن خدماتها ورغبته في الاستمرار في التعامل معها مستقبلا من عدمه، وهذا من خلال تصميم قائمة للاستقصاء ويكون ذلك في شكل مقياس مدرج يمثل مستويات جودة الخدمة، يأخذ في العادة خمس مستويات تتدرج من رائع Outstanding، ثم جيد جدا Very Good، ثم مرضي Satisfactory، فمقبول Fair، وأخيرا جودة رديئة Poor، والشكل التالي يمثل وصفا حقيقيا للمقياس المدرج الذي تم وصفه[1].

[1] فريد زين الدين: تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، بدون ذكر دار النشر، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر، 2002، ص.185.

الشكل (24):المقياس المدرج

1	2	3	4	5
رديء أو غير راضي	مقبول أو غيـــر راضي	مرضـــي (معقول) أو محايد	جيد جدا أو راضي	رائع أو راضي جدا

د.فريد زين الدين:تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل، ص185.

ومن ثم نلاحظ أنه كلما ارتفع وصف الجودة نحو الكمال فإن الدرجة المعطاة تزيـد فـالجودة الرديئة تعطى الرقم(1) وتستمر في الزيادة إلى أن تصل إلى الجودة الرائعة وتعطى رقم(5). ويمكـن استخدام مقياس من ثلاثة أو إحدى عشر نقطة بدلا من خمس نقاط كالسابق. وعندما يتم الوصول إلـى النتائج يجب وضع مخطط بياني يوضح نسبة المرضى في كل مجموعة، فإذا كان المخطـط البيـاني يميل كثيرا لليمين فهذا يعني أن المنظمة الصحية واقعة في مشكلة، أما إذا كان في شكل جرس، فهـذا يعني أنها تحوي على أعداد معقولة غير راضية ومحايدين وراضين. أما لو كان منحرفا كثيرا لليسار فهذا يعني أن المنظمة الصحية قد حققت درجة عالية من الرضي لغالبية مرضاها. وأخيرا فـإذا كـان التوزيع ثنائيا فإن على المنظمة الصحية تطوير خدمة جديدة لإشباع الحاجات غير المشبعة في السوق مع الإبقاء على الخدمة الحالية لإشباع المجموعات الراضية. وفيما يلي نموذج استطلاع للعملاء حول جودة الخدمة ومدى رضاهم.

الشكل (25): نموذج لاستمارة حول جودة الخدمة ورضا المريض

مستشفى(X)

نحن نهتم، هنا في مستشفى(X) بالخدمة التي تتلقاها، ونريد التأكد من أن أي خدمة تتلقاها من قبلنا، في كل حال وفي أي ظرف، ستكون متسمة بالكفاءة والمودة وتلبي حاجاتك الشخصية. وسنكون ممتنين غاية الامتنان إذا قضيت لحظات قلائل في استيفاء هذه الاستبيانة. وسوف نستعمل هذه المعلومات للتأكد من المحافظة على مستوياتنا العالية وتحسينها.

ونشكرك شكرا جزيلا.

ما هو تقديرك لحسن تلبيتنا لتوقعاتك ؟ (الرجاء وضع إشارة أمام المربع المناسب):

عندما كتبنا إليك	ممتاز	جيد	مقبول	رديء	رديء جدا
1- وضوح الرسالة.	( )	( )	( )	( )	( )
2- تهذيب الرسالة.	( )	( )	( )	( )	( )
3- المعلومات الضرورية.	( )	( )	( )	( )	( )
4- الشعور بإمكانية الاختيار.	( )	( )	( )	( )	( )

عند الوصول إلى المستشفى	ممتاز	جيد	مقبول	رديء	رديء جدا
5- سهولة إيجاد موقف للسيارات.	( )	( )	( )	( )	( )
6- العلامات الإرشادية لموقع الاستقبال.	( )	( )	( )	( )	( )
7- مستوى تهذيب أو ترحيب هيئة العاملين.	( )	( )	( )	( )	( )

استقبال مرضى العيادات الخارجية	ممتاز	جيد	مقبول	رديء	رديء جدا
8- سرعة تسجيل الأسماء.	( )	( )	( )	( )	( )
9- مستوى الكياسة.	( )	( )	( )	( )	( )
10- مستوى الاستعداد للمساعدة.	( )	( )	( )	( )	( )
11- التعامل مع الصعوبات.	( )	( )	( )	( )	( )
12- التسهيلات: (أ) المجلات.	( )	( )	( )	( )	( )
13- (ب) الشاي / القهوة.	( )	( )	( )	( )	( )
14- الهاتف.	( )	( )	( )	( )	( )

عند الإدخال إلى المستشفى	ممتاز	جيد	مقبول	رديء	رديء جدا
15- الرعاية الشاملة من قبل:	( )	( )	( )	( )	( )
(أ) الهيئة الطبية.	( )	( )	( )	( )	( )
16- هيئة التمريض.	( )	( )	( )	( )	( )
17- العاملون في الهيئات الأخرى.	( )	( )	( )	( )	( )
18- التغذية.	( )	( )	( )	( )	( )
19- النظافة.	( )	( )	( )	( )	( )
20- المرفق والتسهيلات (مجلات، هاتف،...الخ).	( )	( )	( )	( )	( )

تابع للشكل(25)

هل كانت هذه زيارتك الأولى إلى مستشفى (X) ؟

نعم ( ) لا ( )

هل يسعدك أن تعود إلى هنا إذا دعت الحاجة في المستقبل ؟

نعم ( ) لا ( )

هل يوجد بين أفراد هيئة العاملين عندنا من يستحق أن يذكر بوجه خاص ؟

....
....

ملاحظات أو تعليقات إضافية:

....
....

نشكرك على ملئ هذه الإستبانة، ويرجى تسليمها إلى:........................

المصدر: د.هيو كوش، مرجع سبق ذكره، ص.425-426.

ثالثا- نموذج كانو لرضا العملاء: The Kano Model of Customer Satisfaction

يقسم نموذج كانو لرضا العملاء والموضح في الشكل(34) متطلبات الخدمة من حيث تأثيرها في رضا العملاء إلى ثلاثة أنواع[1]:

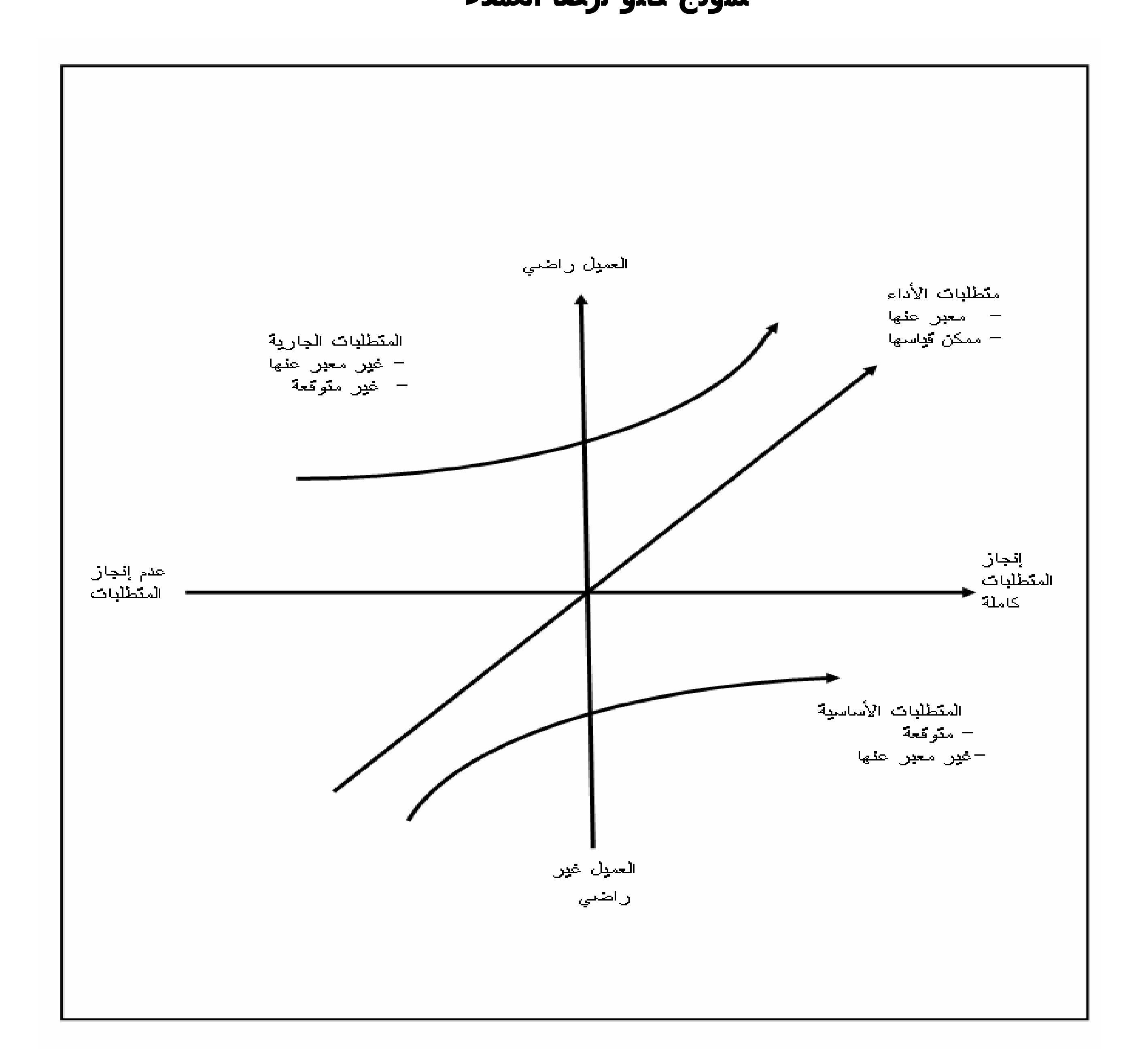
- **المتطلبات الأساسية Basic or must-be requirements**

يتوقع أن تكون هذه المتطلبات موجودة في الخدمة، وبالتالي لا حاجة إلى التعبير عنها. إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات فإن العميل لن يكون راضيا، وبالمقابل إذا كانت هذه المتطلبات موجودة (من المسلم به أن تكون موجودة) فإن ذلك لن يزيد من مستوى رضا العميل.

[1] د.أحمد جودة: مرجع سبق ذكره، ص.80، 81، 82.

الشكل (26):

نموذج كانو لرضا العملاء



المصدر: د.أحمد جودة: مرجع سبق ذكره، ص81.

- **متطلبات الأداء Performance requirements**

وفقا لمتطلبات الأداء والتي هي باتجاه واحد فإن مستوى رضا العميل يتناسب طرديا مع درجة تلبية هذه المتطلبات،فكلما كانت درجة تلبية هذه المتطلبات عالية كلما كان مستوى الرضا عالي والعكس بالعكس، وهذه المتطلبات يطلبها العميل صراحة.

- **المتطلبات الجاذبة Attractive or Delight Requirements**

إن هذه المتطلبات تحتل أكبر درجة من التأثير على درجة رضا العميل، وحسب طبيعة هذه المتطلبات فإنها غير معبر عنها من قبل العميل، وكذلك فهي غير متوقعة من قبل العميل. إن الوفاء بهذه المتطلبات بدرجة معينة يعطي العميل درجة أكبر من الرضا الوظيفي. أما إذا لم يتم الوفاء بهذه المتطلبات فإن العميل لن يشعر بعدم الرضا.

وتستفيد إدارة المنظمة من تصنيف نموذج كانو لمتطلبات الخدمة بهذا الشكل من عدة نواحي أهمها، أن ذلك التصنيف يساعد الإدارة على ترتيب أولوياتها فيما يتعلق بتطوير الخدمة، حيث قد توجه الإدارة جهودها لتطوير متطلبات الأداء والمتطلبات الجاذبة بدلا من توجيهها نحو تطوير المتطلبات الأساسية إذا كانت هذه الأخيرة موجودة بدرجة مرضية للعميل. أما من حيث جمع المعلومات عن العميل فهناك العديد منها مثل المقابلة والملاحظة والاستبيانة.

3/قياس جودة الخدمات الصحية

كما سبقت الإشارة، فإن مفهوم الجودة في مجال الخدمات يعتبر مفهوما مركبا يصعب قياسه من خلال وسائل بسيطة أو عادية، ونظر للدور الذي تلعبه الجودة في تسويق الخدمة، فقد تعددت وتواصلت الدراسات التي استهدفت قياس توقعات وإدراكات العملاء لجودة الخدمة. ومن أبرز المحاولات التي تمت في هذا المجال، ما قام به Berry وزملاؤه، من خلال دراساتهم التي بدأت عام 1983 ومازالت مستمرة حتى الآن، والتي أسفرت عن عديد من النتائج الأولية التي تستحق الاهتمام. ويركز هؤلاء الباحثون على الاعتقاد القائل بأن جودة الخدمة قابلة للقياس بالرغم من غياب البعد المادي أو المنظور بالنسبة لها والتي يجعل من قياسها أمرا صعبا بالمقارنة بالسلع المادية، كما يرون أن الجودة في مجال الخدمات تمتلك بعدين من ناحية القياس وهما جودة العمليات Process Quality ، وجودة الناتج Outcome Quality، إضافة إلى ذلك فإنهم يؤكدون بأن العوامل ذات الأهمية في تحديد جودة الخدمة هي تلك التي يعتبرها العميل كذلك، وليست مؤسسة الخدمة فالعميل هو الوحيد

الذي يقوم بتقييم الجودة، بينما تكون التقييمات التي يقوم بها أطراف آخرون مثل مقـدمي الخدمـة أو المسؤلين في مؤسسات الخدمة بمثابة أدوات مكملة وليست رئيسية. وفي ضوء ذلك فقد توصلوا إلـى مقياس للجودة يقوم على مقارنـة توقعـات العمـلاء للخدمـة، والأداء الفعلـي لهـا عـرف باسـم SERVQUAL أو مقياس الجودة أو الفجوة، ويمكن التعبير عن هذا المقياس رياضيا علـى الوجـه التالي: جودة الخدمة= الأداء – التوقعات.

أ/نموذج الفجوات The Gaps Model

طور كل من Parasurman, Berry, Zeithmal نموذجا لتشخيص المسببات الرئيسية لفجوة الخدمة المدركة،أي أن المحور الأساسي في نموذج قياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك العميـل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة، حيث أطلقـوا عليـه تسـمية نمـوذج الفجوات لتفسير هذه الحالة، وذلك بهدف استخدامه في تحليل وتحديد مصادر مشاكل الجودة ومسـاعدة المديرين ورجال التسويق في كيفية تحسين الجودة([1]). يلقي هذا المقياس أو النمـوذج الضـوء علـى الصعوبات التي تواجه المنظمات الخدمية في سعيها لتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة لجميع العملاء وفي جميع المواقف، كما يمكن استخدام هذا المقياس لتحقيق فهم أكبر لتوقعات العمـلاء وإدراكـاتهم للأداء الفعلي للخدمة ومن ثم تحديد الفجوة(أو التطابق) بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باسـتخدام الأبعاد الخمسة الممثلة لمظاهر الجودة والمشار إليها من قبل، وذلك عبر قطاعات كبيرة من المنظمات الخدمية ومن بينها المنظمات الصحية. كذلك فإنه يمكن تعديل مكونات هذا المقياس كي يتوافـق مـع المتطلبات الخاصة بكل منظمة، بمعنى أنه يمثل إطارا عاما يمكن تعديله بالإضافة أو الحـذف حسـب الحاجة.

في البداية يوضح النموذج كما هو مبين في الشكل(27) كيف تظهر جودة الخدمـة الصـحية، حيث يتعلق الجزء العلوي بالمراجع للخدمة الصحية(المريض) بينما الجزء السـفلي يخـتص بمقـدم الرعاية الصحية، فالخدمة المتوقعة هي نتيجة للخبـرة السـابقة للمـريض والاحتياجـات الشخصـية والاتصالات بالكلمة المنقولة وهي أيضا تتأثر بأنشطة التسويق الترويجية للمنظمة الصحية. إن تجربـة الخدمة الصحية التي تدعى أحيانا بالخدمة الصحية المدركة من جهة أخرى هي نتاج سلسلة القـرارات والأنشطة الداخلية للمنظمة الصحية، إن إدراكات إدارة التسويق لتوقعات المريض ترشدها في اتخـاذ القرارات المتعلقة بمواصفات الجودة التي تتبعها المنظمة الصحية عنـد إنتاجهـا وتقـديمها للرعايـة

[1] Pierre Eiglier: Marketing et stratge des services, Edition Economica, Paris, France, 2004, p.75.

الصحية، والمريض أو المراجع للخدمة الصحية بالطبع يتعرض لعملية الإنتاج والتسليم كعملية ذات علاقة بعنصر جودة الرعاية الفنية وفن الرعاية. إن بناء النموذج يحدد الخطوات التي يجب أخذها بالاعتبار عند تحليل وتخطيط جودة الخدمة الصحية وتفحص مصادر المشاكل المحتملة في الجودة، حيث يشير إلى وجود أربع فجوات تؤدي منفردة أو مجتمعة إلى حدوث ما يسمى بمشكلات الجودة، وتساهم هذه الفجوات في وجود فارق بين توقعات ورغبات المريض لمستوى الخدمة الصحية من ناحية. وبين تقييمه للأداء الفعلي لها من ناحية أخرى(حيث تمثل هذه الفجوة الأولى) مما يسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة من الرعاية الصحية. ويمكن تلخيص هذه الفجوات فيما يلي([1]):

أولا- الفجوة الأولى

حيث تنتج عن الاختلاف بين توقعات المريض لمستوى الخدمة الصحية وبين إدراك الإدارة لتوقعات المريض، كأن تعتقد الإدارة أن المريض يحكم على جودة الرعاية الصحية من خلال الخدمات الفندقية المتاحة أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المريض المتوقعة. وترجع لعدة أسباب أهمها:

- قصور وضعف البحوث التسويقية.
- قصور وضعف نظم الاتصال داخل المنظمة الصحية.
- قصور وضعف الكفاءات التسويقية.
- تعدد المستويات الإدارية مما يؤدي إلى بطء أو عدم وصول توقعات المريض للإدارة.

ثانيا- الفجوة الثانية

وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات الخاصة بجودة الخدمة وبين إدراك الإدارة لتوقعات المرضى. بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة، فإنه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة، ومثال ذلك قد ترغب إدارة المنظمة الصحية في تقديم خدمات جيدة في التشخيص نتيجة للطلب عليها من قبل المرضى لكنها لا تحوز على الإمكانيات المادية التي تسمح لها بشراء الآلات الطبية الحديثة التي تعتمد على التكنولوجيا المتطورة اللازمة لذلك.

[1] محمود جاسم الصميدعي، د. ردينة عثمان يوسف: التسويق المصرفي، مدخل استراتيجي كمي تحليلي، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن، 2001، ص.79، 80.

ثالثا- الفجوة الثالثة

وتظهر نتيجة الاختلاف بين المواصفات المحددة لجودة الرعاية الصحية ومستوى الأداء الفعلي لها. ويرجع ذلك لعدة أسباب منها:

- عدم توافر روح الفريق بين الفريق الطبي العامل في المنظمة الصحية.
- قصور وضعف الرقابة على الخدمات الصحية المقدمة.
- عدم وضوح أهداف المنظمة الصحية.

رابعا:الفجوة الرابعة

وتنتج عن الخلل في مصداقية المنظمة الصحية، بمعنى أن الوعود التي تقدمها المنظمة الصحية حول مستوى الرعاية الصحية من خلال الاتصالات التسويقية بالمرضى تختلف عن مستوى الرعايـة الصحية المقدمة ومواصفاتها بالفعل. ويعزى ذلك لعدة أسباب منها:

- عدم إدراك مجالات التفوق وتميز المنافسين.
- عدم إدراك القائمون على الجودة لمحتوى الإعلانات الموجهة للمرضى.

خامسا:الفجوة الخامسة

وتنتج عن اختلاف إدراك المريض لجودة الرعاية الصحية التي حصل فعـلا عـن الجـودة المتوقعة للرعاية الصحية التي يأمل أن يحصل عليها. وتقع هذه الفجوة بسبب كل أو بعض الفجـوات السابقة ومسبباتها.

الشكل(27): نموذج الفجوات(SERVQUAL) لقياس جودة الخدمة الصحية

الاتصالات بين العملاء(المرضى)
احتياجات المريض
الخبرة السابقة للمريض
الاتصالات التسويقية بالعملاء(المرضى)
المريض
الخدمة المتوقعة
الفجوة الخامسة
الجودة المدركة للخدمة الصحية
فن الرعاية
الرعاية الفنية
الصورة الذهنية للمنظمة الصحية
جودة الخدمة المعلن عنها
الفجوة الرابعة
جودة الخدمة الصحية المقدمة
الفجوة الثالثة
الفجوة الأولى
تصميم مواصفات جودة الخدمة
الفجوة الثانية
المنظمة الصحية
إدراك الإدارة لتوقعات المرضى

المصدر:تصور معدل للطالب للنموذج الأصلي

ب/أساليب معالجة الفجوات

مع الإقرار بأن توقعات وتقييمات المراجعين للخدمة الصحية(المرضى) لجودة الرعاية الصحية وإدراكهم لها في حالة عدم استقرار أو تغيير مستمر لأسباب جزء منها مرده للتغيرات التي تحصل في حاجات ورغبات المرضى أنفسهم، وآخر مرده للتطور الطبي والاقتصادي وحتى التسويقي في عـالم يتسم بالديناملكية، وغيرها من الأسباب الكثيرة والمتنوعة، فإن أساليب معالجة الفجوات هـي الأخـرى ينبغي أن تتسم بالديناميكية والتغير حتى تسايره من أجل إحداث التطابق وتلبيـة حاجـات ومتطلبـات المرضى وبالتالي الوصول إلى تحقيق رضا المرضى. وفيما يلي بعض الأساليب المناسـبة لمعالجـة مشكلات جودة الرعاية الصحية كما يدركها المراجعون للخدمات الصحية:

أولا- معرفة وإدراك المحددات الرئيسية لجودة الخدمة

وتضطلع بهذه المهمة إدارة التسويق عن طريق إجراء البحوث التسويقية، حيث تلعب البحـوث الميدانية دورا مهما في معرفة وإدراك المحددات الحقيقية لجـودة الرعايـة الصـحية كمـا يـدركها المراجعون للخدمة الصحية، سواء بالنسبة للمنظمة الصحية أو بالنسبة للمنظمات الصحية المنافسة، كما ينبغي معرفة ما إذا كانت هذه المحددات الأولية للجودة تتطلب التغيـر أو التكيـف طبقـا للمواقـف الاستثنائية أو غير العادية من عدمها. لتثمين هذه المحددات الحقيقية في برامج تحسين الجـودة، وفـي إستراتيجيات الخدمة الصحية، وذلك من خلال([1]):

- اعتبار توقعات العملاء (المرضى) مقاييس تقييم جودة الرعاية الصحية.
- تقييم سعر الخدمة في ضوء توقعات العملاء.
- إجراء البحوث الدورية لدراسة التغير في توقعات العملاء.
- اعتبار توقعات العملاء أهداف لتحسين الخدمة الصحية.

ثانيا- صياغة وتثبيت معايير الجودة وإبلاغها للعاملين وإفهامهم بها

من الضروري عند صياغة معايير جودة الرعاية أن تكون هذه المعايير مدونة تحريريـا، وأن يفهمها ويستوعبها جميع العاملين في المنظمة الصحية، وأن يمارسوها ميدانيا في اتصالهم وتواصـلهم مع المراجعين للخدمة الصحية(المرضى)، وأن تكون هذه المعايير بالطبع ممثلة تمثيلا حقيقيا لتوقعـات المراجعين.

[1] عصام الدين أبو علفة: مرجع سبق ذكره، ص518.

ثالثا- وضع أنظمة لمراقبة أداء الخدمة الصحية

وهذا معناه وضع مؤشرات لتقييم أداء الرعاية الصحية والخدمات الصحية المقدمة للمـريض. فقياس الأداء هو طريقة تفكير معينة وأسلوب في قراءة النتائج، للتوصل إلى التقييم الموضـوعي لأداء المنظمة الصحية الحالي، ولضمان درجة نجاح وتحسين الأداء فيها. وقياس الأداء يمكن أن يجيب على السؤالين التاليين: كيف نعمل؟ وهل تحسن أداؤنا؟

ويمكن تعريف المقاييس أو المؤشرات على أنها[1]: عبارة عـن أدوات للقيـاس يعبـر عنهـا بالمعدل، أو بالنسبة، أو بالنسبة المئوية، والتي يمكن بواسطتها تقييم الأداء الفعلي، ومقارنته بمعيار أو هدف معين. ومن مواصفات المقاييس والمؤشرات الفعالة :

- **الصحة**: يجب على المقاييس أن توفر البيانات الصحيحة للهدف المقاس.
- **المعولية(الاعتمادية)**: يجب على المقاييس أن توفر بيانات متناغمة وثابتة مع الزمن.
- **التناسب**: يجب أن تكون المقاييس متناسبة مع رؤية ومهمة المؤسسة الصحية.
- **الشمولية**: يجب أن تشمل المقاييس نطاق واسع من العمليات المدروسة.
- **السهولة**: يجب أن تكون المقاييس بسيطة وسهلة الاستعمال.
- **معقولة الكلفة**: يجب أن تكون المقاييس ذات كلفة معقولة.

ويتم قياس الأداء من خلال استعمال المقاييس والمؤشرات التي تفحص أي بعد من أبعاد الأداء التسعة التالية: الملائمة، والتوافر، والاستمرارية، والفعالية، والفاعلية، والكفاءة، والاحترام، والسلامة، والدقة في التوقيت. ويمكن للمقاييس والمؤشرات أن توفر بيانات بشكل مستمر، بحيـث تتـراكم مـع الزمن ويمكن تحليلها واعتبارها معلومات أساسية يبنى عليها اتخاذ القرار، لذلك فإن وجود نظام متين لأسس البيانات هام جدا، وبحيث تكون فيه عناصر البيانات موضحة بشكل جيد.

رابعا- تبني المعايير المحددة لجودة الرعاية الصحية ذات القبول العالمي

ويتم هذا من خلال سعي المنظمة الصحية للحصول على ما يسمى بالاعتماد accreditation، من طرف المنظمات الوطنية أو الإقليمية أو حتى العالمية منهـا ومـن أهمهـا المجلـس المشـترك للاعتراف الدولي JCI، واللجنة المشتركة لإجازة منظمات الرعايـة الصـحية JCAHO ومقرهمـا الولايات المتحدة الأمريكية، والهيئة الكندية للاعتراف بالخدمات الصحية CCAP. والاعتماد عبـارة عن عملية من البحث المستمر عن الامتياز أو التفوق، وآلية لمحاكاة هذا الامتياز أو التفوق. كمـا أن

---

[1] موقع ركن الصيدلية.www.Pharmacorner.com/cat/product.asp?ref=67

الاعتماد يوفر آلية للمقارنة بين منظمات الرعاية الصحية. ويمكن لمؤسسات الرعاية الصحية التي تبلغ وضع الاعتماد، أن تغتنم هذا الوضع المتميز في تسويق خدماتها. ومن ثم، فإن الاعتماد يعزز التنافس الإيجابي بين مختلف منظمات الرعاية الصحية. ويمكن كذلك اغتنام الوضع المتميز المتمثل في بلـوغ وضع الاعتماد في مكافأة الأفراد الذين اجتهدوا في سبيل أن تحقق المنظمة الصحية هذا الوضع.

والاعتماد هو عملية طوعية كما يشتمل الاعتماد على تقييم الرعاية التـي تقـدمها منظمـات الرعاية الصحية في بعض المجالات المهمة، مثل الخدمات الوقائية، ورضاء المسـتهلك. والمنظمـات الصحية تطلب الاعتماد لأسباب مختلفة، غير أنها تطلبه غالباً، سعياً منهـا إلـى رضـاء المسـتهلك، وحرصاً منها على سمعتها المهنية وصورتها الذهنية لدى عملائها.

خامسا- العلاقات التفاعلية بين مفهوم الرعاية الصحية والمستفيد منها

بما أن هذه العلاقات تعد حيوية في تحقيق الرضا لدى المريض وهي إحدى محـددات جـودة الرعاية الصحية كما يدركها المستفيد نفسه، فإن الضرورة تقتضي تدريب العاملين في المنظمة الصحية على الأساليب والطرق الايجابية في التعامل مع المراجعين للخدمة الصحية. ومن المفيد في هذا الصدد استقصاء العاملين حول مشكلات الخدمة وسبل تحسينها، ومن جهة أخرى يجب تزويد الفريق الطبـي العامل بنتائج الدراسات الميدانية لتبني الخطط وتطوير مستوى الأداء الذي يساعد على تحقيق توقعات المرضى للرعاية الصحية والحد من مستويات عدم الرضا عنها، ويلعب التسويق الـداخلي وتسـويق العلاقة دورا مهما في هذا المجال.

سادسا- تحقيق التميز في الرعاية الصحية

إن تحقيق التميز في الرعاية الصحية وخدمة المرضى ليس مجرد أمنية ذاتية أو شعار تـردده الإدارة الصحية أو العاملين في المنظمة الصحية، بل هو نتاج جهـد واعـي وسـعي دؤوب لتحقيـق الأفضل من منظور العميل. وتبدأ رحلة التميز في خدمة المرضى من قمة التنظيم، أي من الإدارة فهي التي تحدد الرسالة وتدعم الثقافة وتضع الخطط وتخصص الموارد وتكافئ الأداء المتميز، إلـى أبسـط عامل في الهيكل التنظيمي مما يولد الإشباع والرضا بل والحفز لدى العـاملين([1])، بمعنـى أن تصـبح الجودة قيمة تنظيمية وثقافة في المنظمة الصحية وعندها لن يكون هناك فجوات حقيقية تفصـل بـين المنظمة الصحية وعملائها.

[1] د.جمال الدين محمد مرسي، د.مصطفى محمود أبو بكر: دليل فن خدمة العملاء ومهارات البيع، الدار الجامعية، الإسكندرية، دون ذكر سنة النشر، ص151.

4/ جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة على سلوك وتوقعات المريض

إن القائمين على التسويق في المنظمة الصحية يجب أن يكونوا على معرفة ودراية تامتين من هم عملائهم كخطوة مبدئية لمعرفة حاجاتهم ورغباتهم ومن ثم إمكانية تحقيق الفهم السليم والواضح لسلوكياتهم وإتجاهاتم مما يسمح بزيادة القدرة على التنبؤ بهذا السلوك في المستقبل، الشيء الذي يؤدي إلى زيادة القدرة على التجاوب مع هذا السلوك ومن ثم وضع إستراتيجية تسويقية ناجحة تحقق الأهداف المرجوة.

ويمكن تعريف السلوك على أنه: "ذلك التصرف الذي يبرزه المستهلك في البحث عن شراء أو استخدام السلع والأفكار أو الخبرات التي يتوقع أنها ستشبع رغباته أو حاجاته وحسب الإمكانيات الشرائية المتاحة"[1]. وقد عرفَ أيضا على أنه: "التصرف الذي يصدر من المستفيد بهدف الحصول على الخدمات الصحية عند الحاجة إليها، والمستفيد من تلك الخدمات الشخص الذي يشتري الخدمة الصحية للاستفادة منها، أو أفراد أسرته أو استفادة الساكنين معه في نفس الدار أو تقديمها إلى أحد أقربائه أو أصدقائه"[2] .

وتعتبر دراسة سلوك المستهلك مجال واسع ومعقد إلى حد كبير وقد تعددت النماذج الموضوعة في تفسير سلوك المستهلك لكن ما يهمنا نحن هنا هو معرفة العوامل المؤثرة في توقعات المرضى التي لها علاقة مباشرة مع جودة الخدمات الصحية، مع الإشارة الطفيفة إلى هذه العوامل المؤثرة على سلوك المستهلك.

أ/ توصيف عملاء المنظمة الصحية

يرتبط تحديد أنواع عملاء سوق الرعاية الصحية ضرورة قيام كل منظمة صحية بتوصيف عملائها، ويعد ذلك مطلبا أساسيا نحو تحليل وتفهم سلوك هؤلاء العملاء، ومن ثم تمكين إدارة التسويق من إعداد مزيج تسويقي صحي متكامل من منتجات صحية، وتوصيل تلك الخدمات للمستفيدين منها، وتوعيتهم وتسعيرها بما يتناسب مع احتياجات كل مجموعة للوصول إلى سلوك متوقع. ويمكن تحديد ثلاثة أنواع من عملاء المنظمة الصحية[3]:

---

[1] د.نظام موسى السويدان، د.شفيق إبراهيم: مرجع سبق ذكره، ص.148.

[2] د.زكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص334.

[3] المرجع نفسه، ص.335، 336.

أولا: الأشخاص مكتملو الصحة

وهم الأشخاص الذين يستخدمون وسائل الوقاية الصحية، ومثلهم الأشخاص الذين يلجأون إلى الفحص الطبي السنوي وهذا بهدف الوقاية من احتمال التعرض للمرض، فعلى الرغم من فوائد الفحص الصحي إلا أن القليل من الأشخاص من يتبعه. فالأشخاص الذين يعتنون بصحتهم من خلال الفحص السنوي أو الشهري في العادة على درجة لا بأس بها من التعليم، ومواردهم المالية كافية، كما تقوم بعض الشركات والمؤسسات بالتعاقد مع المنظمات الصحية من أجل إجراء الفحوص الدورية لعمالها.

ثانيا:الأشخاص الذين يشعرون بالمرض

وهم الأشخاص الذين يقومون بالتعرف على حقيقة حالته الصحية وذلك عن طريق تشخيص المرض، وتعيين العلاج المناسب. فكلما زادت الخطورة المتوقعة للمرض كلما زاد الاتجاه للاستفادة من خدمات الرعاية الصحية.

ثالثا: الأشخاص الذين يتوهمون المرض

وهم الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم مرضى لغرض أن تتحسن صحتهم، فتراهم أحيانا يزورون الأطباء وأحيانا أخرى يحاولون الاستفادة من الأدوية دون وصفات طبية.

ب/ العوامل المؤثرة على سلوك المريض

إن اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام الخدمات الصحية يرجع إلى عدة عوامل، منها ما هو خاص بالمريض ومنها ما هو خاص بالبيئة التي يعيش فيها المريض ومدى التفاعل القائم بينهما كما يلي:

أولا: العوامل الاجتماعية والثقافية

- إن المحددات الاجتماعية تؤثر على المحددات أو العوامل الفردية بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة، وذلك من خلال نظام الرعاية الصحية ومن ثم تؤثر المحددات الفردية للمريض على استخدام الخدمات الصحية.
- يتكون نظام الرعاية الصحية من الموارد والمنظمات التي يعمل توافرها على التأثير على قرارات الأفراد في استخدام الرعاية الصحية، حيث نجد أن الموارد إذا ما كانت بحجم معين وتوزيع معين تؤثر على الخدمات الصحية واستخدامها. ومن أهم المؤثرات لقياس حجم الموارد المتاحة بالمجتمع ما يلي:

- نسبة السكان إلى الأفراد الصحيين لجميع أنواع الخدمات الصحية.
- حجم الأنشطة المؤداة لتقديم الرعاية الصحية.
- نسبة السكان إلى أسرة لكل أنواع وأحجام لمستشفيات سواء تقدم رعاية داخلية أو خارجية([1]).

• وتتمثل العوامل الاجتماعية في كل محتويات النظام الاجتماعي السائد في البلد أو في المنطقة من:

- الجماعات غير الرسمية (الأصدقاء، الجيران، الأقارب...الخ).
- الجماعات الرسمية (الأسرة، الاتحادات، النقابات...الخ)

• كذلك تؤثر الثقافة والتي يمكن تعريفها على أنها: "مجموعة المعتقدات، القيم، والعادات التي يتعلمها أفراد مجتمع معين والتي توجه سلوكهم كمتعلمين"([2]) على سلوك المريض. وضمن هذا الإطار نجد ما يسمى بالثقافة الفرعية أو الجزئية والتي يمكن تعريفها على أنها: "قطاع من الثقافة بحيث تكون السلوكات متميزة"([3]).

ثانيا: العوامل النفسية والديموغرافية

• تتمثل العوامل النفسية في كل من:

- **الدوافع**: والتي يمكن تعريفها على أنها: "هي القوى الكامنة التي تحرك الأفراد نحو إتباع سلوك معين، أي أنها حاجة أو رغبة أو شيء معين يؤدي بالإنسان إلى أن يتصرف بطريقة ما"([4]).
- **الإدراك**: وهو عبارة عن "عملية استقبال الأفراد لمثيرات تمهيدا لترجمتها إلى استجابات (سلوك) وهذا يعني أن الإدراك هو عملية فهم البيئة المحيطة بالإنسان وإعطائها معنى، أي هو ملاحظة الفرد لشيء أو علاقة أو حدث معين من خلال حواسه الخمس"([5]).
- **التعلم**: وهو عبارة عن "عملية تغيير في استجابات الفرد نتيجة للخبرة أو التعليم".([6])
- **الشخصية**: وهي عبارة عن "التنظيم الديناميكي داخل الفرد لتلك الأجهزة النفسية والجسمية التي تحدد طبعه الخاص في توافقه لبيئته".([1])

---

[1] د.فوزي مدكور: مرجع سبق ذكره، ص.185.
[2] عنابي بن عيسى: مرجع سابق، ص.113.
[3] المرجع نفسه، ص133..
[4] د.طلعت أسعد عبد الحميد: التسويق الفعال:الأساسيات والتطبيق، المتحدة للإعلان، الطبعة التاسعة، مصر، 1999، ص97.
[5] محمد صالح المؤذن: مرجع سبق ذكره، ص 247.
[6] بوروبة كاتية: دراسة اتجاهات سلوك المستهلك نحو تغليف المنتجات الغذائية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تحت إشراف د.بوعبد ا لحسن، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2003، ص.21، بحث لم ينشر.

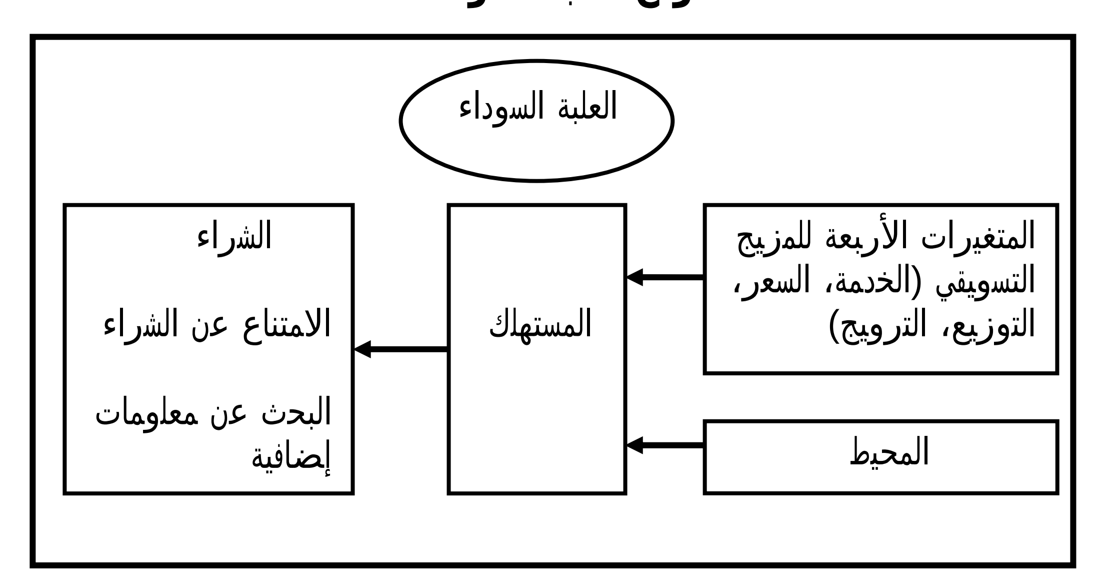
- أما العوامل الديموغرافية التي تؤثر في سلوك المريض فهي:
  - العمر.
  - الجنس.

ثالثا: العوامل التسويقية

وتتمثل العوامل التسويقية في المتغيرات التسويقية وهي: الخدمة، السعر، التوزيع، والترويج. بالإضافة إلى متغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي وهي بمثابة منبهات تسويقية تنتج عنها استجابات من طرف المستهلك، ويبقى تحديد الاستجابة الناتجة عن المؤثرات التي يخضع لها المستهلك ليس بالأمر الهين، الشيء الذي جعل بعض علماء السلوك يطلقون تسمية " العلبة السوداء" على السلوك الإنساني نتيجة صعوبة الاطلاع على أسراره الكثيرة[2]. والشكل الموالي يوضح نموذج العلبة السوداء المقترح من طرف Pettgrew.D و Turgeon.N .

الشكل (28):

نموذج العلبة السوداء



المصدر: عنابي بن عيسى:مرجع سبق ذكره، ص 19، نقلا عن Pettigrew. D, Turgeon. N " Marketing", 2nd Ed, Mc Graw-Hill, 1990, P.87.

---

[1] المرجع نفسه، ص.26.

[2] عنابي بن عيسى:مرجع سبق ذكره،ص.19.

ج/ توقعات المريض

تتعلق توقعات المريض مباشرة بجودة الخدمات الصحية لذا على المسوقين في المنظمة الصحية أن يدركوا أهمية هذه التوقعات، وتعتبر التوقعات من أهم مطالب الزبون (المراجع للخدمة الصحية، المريض) والتي تتضمن إضافة إلى توقعات العميل ما يلي[1]:

- **الأهداف**: والتي تمثل الطموح الذي يريد الزبون تحقيقه خلال فترة زمنية نتيجة شرائه للخدمة.
- **الحاجات**: وتمثل وجود نقص ما لدى الزبون يسبب له قلقا وتوترا، ويسعى إلى تلبيته أو إشباعه من خلال شرائه للخدمة.
- **الرغبات**: وتمثل وجود نقص ما لدى الزبون لكنه ليس ملحا ولا يسبب له توترا كبيرا.
- **التوقع**: ويمثل تنبؤ الزبون حول مدى قدرة الخدمة على تلبية أهدافه، وحاجاته، ورغباته في حالة شرائه لها.

فتوقعات المريض إذا هي تلك الاعتقادات التي تتكون لديه ويتوقع تحقيقها وتوافرها في الخدمة الصحية المقدمة له من جانب المنظمة الصحية التي يتعامل معها، والتي يستخدمها كمعايير للحكم على مستوى جودة الرعاية الصحية.

أولا- مستوى توقعات المرضى

إن مصطلح التوقعات كأساس للمقارنة عادة ما يستخدم بطريقتين وهما[2]:

- ما الذي يتوقعه المستهلك (المريض) عند تقدمه للحصول على الخدمة؟.
- ما الذي يرغبه المستهلك (المريض) عند تقدمه للحصول على الخدمة؟.

و تشير الأبحاث والدراسات إلى أن توقعات العملاء (المرضى) توجد على مستويين مختلفين[3]:

- **المستوى المرغوب:**

ويتمثل في المستوى من الخدمة (الخدمة الصحية) الذي يتمنى العميل (المريض) الحصول عليه، فهو خليط بين ما يعتقد العميل (المريض) أنه من الممكن حدوثه وما الذي ينبغي حدوثه.

---

[1] عمر وصفي عقيلي: : المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، وجهة نظر، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن ، ص.249.

[2] هاني حامد الضمور: مرجع سبق ذكره، ص.372.

[3] د.جمال الدين محمد مرسي، د.مصطفى محمود أبو بكر: مرجع سبق ذكره، ص57.

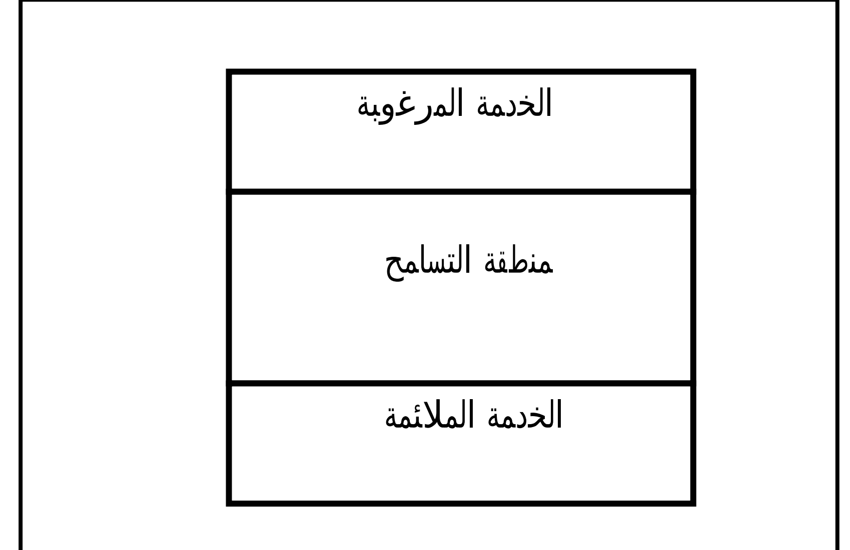
- المستوى الملائم أو الكافي:

ويعكس هذا المستوى من الخدمة ما قد ينظر العميل (المريض) على أنـه كـاف أو مقبـول، ويمثل مقدار ما يمكن أن يتنازل عنه المريض في تطلعاته نحو مستوى الخدمة، والذي إذا لـم يتـوافر يحجم المريض عن التعامل مع المنظمة الصحية.

ويسمى الفارق بين الخدمة المرغوبة والخدمة الكافية بمنطقة التسامح، وهي تعكس المـدى آو النطاق من الأداء الذي قد لا يسبب إزعاج للعميل(المريض)، حيث أن وجود مستويات مـن الأداء دون منطقة التسامح قد يؤدي إلى شعور العميل(المريض) بالإحباط وبالتالي تدني مسويات الرضـا والأداء. في المقابل فان وجود مستويات من الأداء فوق منطقة التسامح يعني ذلك إبهار أو إسعاد العميل، الأمر الذي يحقق مستويات مرتفعة من الرضا والأداء. والشكل الموالي يوضح ذلك.

الشكل (29):

مستوى توقعات العملاء (المرضى)



المصدر: جمال الدين مرسي،د.مصطفى محمود أبو بكر، مرجع سبق ذكره، ص.58.

ثانيا- العوامل المؤثرة على توقعات المريض

يجمع الباحثون Teas, Lovelock, Churchill, Cowel على أن هناك أربعة عوامل رئيسية تؤثر على توقعات المستفيد من الخدمة (المريض)، وهذه العوامل هي[1]:

- **اتصالات الكلمة المنطوقة Word of Mouth Communication:**

تلعب الكلمة المنطوقة، أو الاتصال الشفهي دورا مهما في عديد من منظمات الخدمة ومن بينها المنظمات الصحية، حيث يعتمد كثير من المرضى عليها في اتخاذ قراراتهم للتعامل مع نوع معين من المنظمات الصحية، وهذه الكلمة المنطوقة قد تأتي من الأصدقاء، الجيران، ...الخ.

- **الحاجات والتفضيلات الشخصية Personal Needs and Preferences:**

وتشير هذه الحاجات إلى المطالب الشخصية للمريض والتي تتحدد وتتأثر بالسمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للمريض، لذا ينبغي على المنظمة الصحية الوقوف على هذه الحاجات والتفضيلات للمريض، بدءا من شكل المبنى والديكور الداخلي للمنظمة الصحية وصولا إلى ملائمة الزي للفريق الطبي العامل في المنظمة مما يخلق جو من الارتياح لدى المريض.

- **التجارب السابقة Past Experiences:**

وهي تَعرض المريض من قبل لنفس الخدمة ودرجة معرفته بطبيعتها بعد التجربة مما يخلق عنده انطباعات وتوقعات عن الخدمة الصحية أو مقدمها، وهكذا إذا كان المريض في كل مرة يتعامل مع المنظمة الصحية ويلقى معاملة جيدة، فإنه يتوقع حصولها في كل مرة يزور فيها تلك المنظمة للحصول على الرعاية والخدمات الصحية.

- **الاتصالات الخارجية:**

ويشير هذا العامل إلى تلك الوعود الصريحة والمحددة التي تعلن عنها من المنظمة الصحية لعملائها في صورة جمل أو عبارات باستخدام العلاقات الاتصالية المختلفة.

[1] د.بشير عباس محمود العلاق، د.أحمد محمود: مرجع سبق ذكره، ص23، 24.

ثالثا: كيفية إدارة توقعات المرضى

تستطيع المنظمات الصحية إدارة توقعات عملائها بشكل فعال من خلال الإلتزام بالوعود التي تقطعها على نفسها للمراجعين عن خدماتها الصحية، وكذلك الإعتماد على الاتصال الفعال معهم، وهذا يحتاج إلى التأكيد على العوامل التالية[1]:

- **التأكد من أن الوعود واقعية:**

وهذا يعني أن المنظمة الصحية لا تغالي في وعودها أو أن تعطي وعودا خلابة لا تعكس ما تقدمه في الواقع. فالوعود الخلابة والتي لا تتمكن المنظمة من تحقيقها سوف تؤدي إلى خلق عدم الثقة بين المراجع(المريض) وبين المنظمة الصحية. وحتى يمكن ضمان أن يتوافق أداء الخدمة الفعلي مع الوعود المعطاة من قبل المنظمة الصحية لعملائها فلابد على إدارة التسويق مراعاة ما يلي:

- التعرف على ردة الفعل تجاه أي حملة ترويجية قبل القيام بها.
- القيام بفحص الخدمة الصحية والتعرف على العناصر والمفاتيح الرئيسية فيها والتي يمكن أن تركز عليها حملات الترويج للمنظمة الصحية.
- القيام ببحوث دورية تهدف إلى تقييم تأثير المزيج التسويقي الصحي الخارجي للمنظمة الصحية على مستويات توقعات العملاء.

- **التأكيد على عامل الثقة في تقديم الخدمة:**

إن أداء الخدمة بشكل صحيح أول مرة يساهم في تمايز الخدمة، مما يؤدي إلى خلق الثقة لدى العميل بخدمات المنظمة الصحية الشيء الذي يعزز توقعاته على جودة الخدمة الصحية التي تقدمها المنظمة.

[1] د. هاني حامد الضمور: مرجع سبق ذكره، ص.374، 375، 376، 377.

- **الاتصال الدائم مع العملاء:**

إن الاتصال الدائم مع العملاء، وذلك لفهم توقعاتهم واهتماماتهم وكذلك قيام المنظمة الصحية بشرح طبيعة خدماتها لهم أو التعبير عن امتنانها وشكرها العميق لهم على اختيارهم لها قد يؤدي إلى التأثير ايجابيا على منطقة التسامح، وبالتالي فهي وسيلة ممكنة لإدارة توقعات العملاء. فمثلا عندما تتصل إدارة المنظمة الصحية بمرضاها وتبلغهم عن إلغاء مواعيد عيادة الأمراض الجلدية بتاريخ محدد لسبب أو لآخر فإن نطاق تسامحهم وتوقعاتهم يكون أفضل بكثير من أولئك المرضى الذين يتم إبلاغهم بهذا الأمر بعد وصولهم إلى العيادة. فالاتصال في الوقت المناسب بالعميل يشعره بأنه شريك وليس مجرد عميل، ومثل هذا الشعور هو الذي يبحث عنه المريض عند التعامل مع مقدمي الخدمة. وحتى يمكن للمنظمة الصحية أن تقدم خدمات تفوق مستواها المستوى الذي يتوقعه مرضاها فان عليها أن تقوم:

- بالتميز في تقديم خدماتها الصحية.
- استثمار عملية علاج الخدمة أي عند معالجة الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة الصحية تقوم المنظمة الصحية بالتعامل الفوري مع المريض الغاضب وإظهار التعاطف مع مشكلته والعمل على حلها بشكل جيد وسريع، الشيء الذي يحول النقاط السلبية إلى نقاط ايجابية.

خاتمة الفصل الثالث:

إن موضوع الجودة أصبح أمر حيوي في قطاع الخدمات عموما وفي المجـال الصـحي خصوصا، لذلك فإن برامج الجودة يجب أن تكون معدة إعـدادا خاصـا حسـب المتطلبـات والإمكانيات المتاحة وتنظيم كل فئة في منظمة الرعاية الصحية، وعليه يجب أن تقوم بـرامج الجودة بتقييم الواقع الموجود ومحاولة رفع الكفاءة تحت نظام واضح وصريح وسـهل التنفيـذ حسب الإمكانيات الموجودة في منظمة الرعاية الصحية، ولضمان مستوى مناسـب للرعايـة الصحية فإن ذلك يتطلب مهارات تقنية رفيعة والتـي يمثـل التسـويق محورهـا الجـوهري والأساسي، ونظرا لما تتمتع به منظمة الرعاية الصحية من خصائص، حيـث أن المـوردين(مقدمي الخدمات الصحية والطبية) والمنتفعين(المرضى) يتفاعلون بشكل منـتظم، صـحيح أن العلاقة بين الطرفين قد تكون قصيرة ولكن أثرها عليهما مديد، ولا يخفى أن الانطبـاع الأول يكون بالغ الأهمية في مثل هذا الكيان الحساس في الوقت الحاضر، كما أن التسويق أصـبح ذا أهمية كبيرة في تنمية هذه العلاقة ورعايتها، لذلك فإن واحد من الأبعاد الرئيسية لقياس جـودة الخدمة الصحية هو البحث في كيفية تفكير المنتفعين منها وتقييم مدى إدراكهم لها، ومن ثم فإن علاقة التفاعل هذه تلزم منظمات الرعاية الصحية لبذل كل جهد ممكـن للوفـاء باحتياجـات مرضاها ومعرفة رأيهم عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم ومدى استجابة تلك الخـدمات لحاجاتهم وقياس رضاهم عنها ومعرفة العوامل المؤثرة لتوقعاتهم ومن ثم تعزيز تطابق ما هو متوقع مع ما هو موجود مما يسهم في تضييق الفجوات وهذا مـا يمثـل التوجـه التسـويقي الحديث.

مقدمة:

يتناول هذا الفصل الميداني مبحثين، يشمل الأول كل من الإطار المنهجي للدراسة متمثلا في منهج الدراسة وحدودها ومجتمعها، وكيفية اختيار عينتها، ومصادر جمع المادة العلمية، وأساليب المعالجة الإحصائية، وكذلك يتطرق إلى التعريف بميدان الدراسة والمتمثل في مصحة الصنوبر، وهذا بذكر لمحة تاريخية عن المصحة والهيكل التنظيمي لها. أما المبحث الثاني يشمل عرضا وتحليلا مفصلا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية التي أجريت مع المرضى بمصحة الصنوبر بسطيف. حيث سيتم أولا وصف أفراد عينة الدراسة من حيث العمر، الجنس، والمؤهل العلمي، والدخل، ومن ثم سيتم الإجابة عن باقي تساؤلات الدراسة الواردة في الفصل التمهيدي.

المبحث الأول: منهجية البحث الميداني والتعريف بميدان الدراسة

لما كانت دراستنا الميدانية تنطلق من بعض التساؤلات وبالتالي مجموعة من الفرضيات الموضوعة مسبقا في المدخل العام للدراسة، كانت الضرورة المنهجية تقديم الإطار المنهجي للبحث الميداني وكذلك التعريف بميدان الدراسة الميدانية والمتمثلة في مصحة الصنوبر، وهذا كله يندرج تحت خانة وضع بعض المفاتيح الأساسية للدراسة الميدانية موضع الصورة الواضحة حتى يتسنى لنا فيما بعد توصيف و معالجة بيانات الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها.

1/المنهج:

"يعرف المنهج بأنه عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه"([1]). وانطلاقا من طبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها وهي التعرف على مستوى تطبيق التسويق في قطاع الخدمات الصحية بمصحة الصنوبر بسطيف، والتعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وما مدى مساهمة التسويق في تحقيق ذلك، فقد استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي الذي يعبر عن الظاهرة محل البحث كما توجد في الواقع تعبيرا كميا وكيفيا، والذي لا يقف عند حد الوصف للظاهرة المبحوثة، وجمع المعلومات من أجل استقصاء الجوانب المختلفة لها، وإنما يتعدى ذلك إلى تحليل الظاهرة وتفسيرها، والوصول إلى استنتاجات تسهم في تحديد الوسائل الملائمة لتطوير وتحسين الواقع.

وبما أن للمنهج الوصفي التحليلي مداخل متعددة فقد استخدمنا مدخل المسح الاجتماعي بأسلوب دراسة الحالة Case study من بين المداخل، باعتباره المنهج الملائم للظاهرة محل البحث، حيث تمكن من جمع المعلومات اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسات الوصفية، ومن ثم إعطاء فكرة أو تقدير واقع معين في فترة زمنية محددة بوقت إجراء الدراسة.

---

[1] د.رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومه، الجزائر، ص.119. نقلا عن:
Mourice Angers: Initiation pratique a la méthodologie des sciences humains, éd Casbah, Alger/Ceq-Qubec, p.58

.

2/ حدود الدراسة

أ- الحدود المكانية:

اقتصرت هذه الدراسة على مصحة الصنوبر بسطيف.

ب- الحدود الزمانية

عموما فلقد مر البحث الميداني بثلاث مراحل أساسية، تم فيها جمع البيانات وقد بدأت هذه العملية من اليوم الثاني عشر من شهر سبتمبر واستمرت حتى اليوم الخامس من شهر نوفمبر عام 2006 .

أولا- المرحلة الأولى:

شملت هذه المرحلة جمع البيانات الخاصة بمصحة الصنوبر والتطور التاريخي لها، بالإضافة إلى إجراء مقابلة مع المدير الإداري لمصحة الصنوبر.

ثانيا- المرحلة الثانية:

تضمنت هذه المرحلة تجربة عشرة استمارات وجهت للمرضى، حيث أتاحت هذه العملية إجراء بعض التغييرات منها:

- حذف بعض الأسئلة، وإضافة أسئلة أخرى ذات أهمية بالنسبة للبحث.
- إعادة النظر في طريقة طرح الأسئلة وإجراء المقابلات مع المرضى، فقد روعي عند إلقاء الأسئلة أن تكون بالعامية أحيانا وبألفاظ مألوفة ومحددة المعنى حتى تكون مفهومة لبعض المرضى، والواقع أن هذه العملية تمت بمساعدة ممرضة بحكم تعاملها اليومي مع المرضى.

ثالثا- المرحلة الثالثة:

وشملت التطبيق الميداني للاستمارة اعتبارا من اليوم العشرين من شهر سبتمبر 2006 واستمرت حتى اليوم الخامس من شهر نوفمبر من عام 2006.

3/ مصادر جمع المادة العلمية

لقد اعتمدنا في بحثنا على المادة العلمية النظرية والميدانية.

أ- مصادر جمع المادة العلمية النظرية:

لقد تم تكوين هذا الجزء من خلال الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية، وهي المصادر التي تزودنا بالبيانات غير المباشرة للموضوع، وهي تمثل المعلومات والبيانات اللازمة لتكوين خلفية علمية متكاملة حول موضوع البحث، وقد تم جمع هذه المعلومات والبيانات من خلال مسح الإنتاج العلمي حول الموضوعات المتعلقة بموضوع البحث. وهذا الجانب يعتمد على البيانات الأساسية التي قمنا بجمعها والاطلاع عليها عن طريق:

أولا: الكتب والمراجع.

ثانيا: المذكرات والرسائل والأطروحات الجامعية.

ثالثا: المجلات المتخصصة.

رابعا: الدوريات.

خامسا: الملتقيات.

سادسا: القواميس والمعاجم.

حيث كان الهدف من ذلك تقديم تغطية وافية للأدبيات المتعلقة بالموضوع" دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها"

ب/ مصادر جمع المادة العلمية الميدانية:

وذلك عن طريق استخدام المصادر الأولية في جمع البيانات، وهي المصادر التي تقودنا إلى بيانات مباشرة عن الموضوع محل البحث وهي:

أولا: الملاحظة

تعتبر الملاحظة من المراحل التمهيدية التي تستعمل في البحث الاستطلاعي بعد طرح المشكلة في الإطار النظري، ومحاولة الوصول إلى تفسيرات واقعية للتساؤلات أو الافتراضات السابقة. واستعملنا الملاحظة البسيطة والمباشرة باعتبارها مصدر المعلومات في الموقف الطبيعي وذلك لمعرفة

عن قرب بمدى اهتمام الإدارة بالمتغيرات التسويقية، ومستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وما هي درجة التجاوب الحاصل بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية بمصحة الصنوبر.

ثانيا:الاستمارة

تقتضي أهداف الدراسة وما تطرحه من تساؤلات ضرورة الاستعانة بـأداة لجمـع البيانـات، ولذلك اعتمدت الدراسة على:

استبيان للتعرف على أراء ووجهات نظر المستفيدين- المرضى- في تقييم مدى فعالية عناصر المزيج التسويقي الخارجي في التأثير عليهم، وكذلك عناصر المزيج التسويقي العلاقاتي لما له أثر كبير في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في هذه المصحة ومن ثم على رضاهم.

وقد عكس الاستبيان الأبعاد التالية:

- **المحور الأول**: تضمن بيانات أولية عن المريض.
- **المحور الثاني**: يعكس مدى تأثير عناصر المـزيج التسـويقي الخـارجي علـى المستفيدين للخدمات الصحية.
- **المحور الثالث**: يتضمن تقييم جودة الخدمات الصحية، وهذا مـن خـلال عناصـر المزيج التسويقي الخارجي والعلاقاتي (التفاعلي)، حيث أن الأسئلة مـن 1 الـى10، خاصة بعناصر المزيج التسويقي الخارجي، أما الأسئلة من 11 إلى17، فهي خاصـة بعناصر المزيج التسويقي العلاقاتي (التفاعلي).
- **المحور الرابع**: يشمل تقييم الرضا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- **المحور الخامس**: يعكس قياس المكانة الذهنية الحالية لمصحة الصنوبر.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت " Likert Scale" للتدرج الخماسي لاسـتجابات أفـراد عينـة الدراسة للمحاور الثلاثة الأخيرة، ويتضمن مقياس ليكرت خمس إجابات(سيئة جدا، سـيئة، مناسـبة، جيدة، جيدة جدا) بالنسبة لتقييم الجودة (غير راضي جدا، غير راضي، راضي إلى حد ما، راضـي، راضي جدا) بالنسبة لتقييم الرضا، (غير مفضل جدا، غير مفضل، مفضل إلى حـد مـا، مفضـل، مفضل جدا) بالنسبة لاتجاهات المرضى المقارنة مع المنظمات الصحية المنافسة لمصحة الصـنوبر، وفي جميع الحالات الثلاثة أعطيت لها القيم على التوالي (**1، 2، 3، 4، 5**).

ثالثا: المقابلة

إن استخدام الاستمارة يلزم علينا مقابلة العديد من المرضى، بالإضافة إلى المدير الإداري لمصحة الصنوبر، وسنعتمد في هذه الدراسة على:

- المقابلة الحرة: قصد تشكيل صورة نمطية للأسئلة التي سوف نطرحها في الاستمارة، وتعديل بعضها إذا اقتضى الأمر ذلك، وتكون مع المرضى.
- المقابلة المقننة: وذلك مع المدير الإداري لمصحة الصنوبر لمعرفة واقع التسويق في المصحة.

4/ مجتمع الدراسة

اقتصرت الدراسة في هذا المجال على موضوع " دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها بالتطبيق على مصحة الصنوبر بسطيف" وهي دراسة تطبيقية على المرضى الذين تلقوا العلاج في هذه المصحة.

5/ عينة الدراسة

اقتصرت هذه الدراسة على المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج بمصحة الصنوبر، حيث قمنا بالمسح الاجتماعي الشامل لأن مجتمع الدراسة صغيرا نسبيا، حيث كان حجم العينة 70 مريضا وزعت عليهم استمارات تم استعادة 65 استمارة منها 53 قابلة للتحليل الإحصائي.

6/ أساليب المعالجة الإحصائية

للإجابة على تساؤلات الدراسة فقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات – التي تم جمعها من خلال الاستبيانات- باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (**SPSS**)، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على تساؤلات الدراسة:

أولا: التوزيع التكراري والنسب المئوية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف خصائص مفردات الدراسة، وكذلك لوصف اتجاهات أفراد الدراسة نحو جميع عبارات المحاور الرئيسية في موضوع الدراسة.

ثانيا: الرسومات البيانية والإحصائية: لتمثيل أفراد العينة أو تطور نسبهم من خلال الأعمدة البيانية والدوائر.

ثالثا: تم استخدام مربع كاي Chi Square لحسن المطابقة، وذلك للتأكد من أن استجابات أفراد عينة الدراسة لم تكن موزعة بالتساوي على المقياس.

رابعا: لتحديد بداية كل منطقة الخاصة بتقييم الجودة، أو الرضا في مقياس ليكرت تم عمل ما يلي:

- تم حساب المدى وذلك بطرح أصغر قيمة من أعلى قيمة في المقياس كما يلي:
  (المدى= 5-1=4).
- تم قسمة المدى (4) على عدد خلايا المقياس (5)، والهدف من ذلك تحديد الطول الفعلي لكل خلية، وكانت:
  (4/5 = 0.8)
- نظرا لأن المقياس لا يبدأ من الصفر بل من العدد (1)، فإن نهاية الخلية الأولى تكون (1 + 0.8 = 1.8) وهذا يعني أم أي وسط حسابي يقع بين القيمة (1) والقيمة (1.8) يعتبر ضمن الخلية الأولى " سيئة جدا" أو " غير راضي جدا " أو " غير مفضل جدا ".
- تكون بداية الخلية الثانية في مقياس ليكرت أكبر من (1.8) ونهايتها تكون (1.8 + 0.8 = 2.60)، ولهذا يعتبر أي وسط حسابي أكبر من (1.80) وأقل من أو يساوي (2.60) على أنه ضمن الخلية الثانية " سيئة" أو " غير راضي" أو "غير مفضل".
- تكون بداية الخلية الثالثة في مقياس ليكرت أكبر من (2.60) ونهايتها تكون (2.60+ 0.8 = 3.40)، ولهذا يعتبر أي وسط حسابي أكبر من (2.60) وأقل من أو يساوي (3.40) على أنه ضمن الخلية الثالثة " مناسبة" أو " راضي إلى حد ما" أو " مفضل إلى حد ما".
- تكون بداية الخلية الرابعة في مقياس ليكرت أكبر من (3.40) ونهايتها تكون (3.40+ 0.8 = 4.20)، ولهذا يعتبر أي وسط حسابي أكبر من (3.40) وأقل من أو يساوي (4.20) على أنه ضمن الخلية الرابعة" جيدة" أو " راضي " أو " مفضل ".
- تكون بداية الخلية الخامسة في مقياس ليكرت أكبر من (4.20) ونهايتها تكون (4.20+ 0.8 = 5)، ولهذا يعتبر أي وسط حسابي أكبر من (4.20) وأقل من أو

يساوي (5) على أنه ضمن الخلية الخامسة " جيدة جـدا" أو " راضـي جـدا " أو " مفضل جدا".

7/ لمحة تاريخية عن مصحة الصنوبر

شهد قطاع الرعاية الصحية بالجزائر تطورات كبيرة وهامة منذ الاستقلال إلى غايـة اليـوم، وأبرزها كان خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي، تزامن مـع تلـك التغيـرات والتطـورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها ويشهدها المجتمع الجزائري، ومن أبرز تلك التحولات في قطاع الصحة هو فتح باب الاستثمار في هذا القطاع الحساس. وتم ذلك بموجب القانون رقم 88-15 المؤرخ في 16 رمضان عام 1408 الموافق 03 ماي سنة 1988 المعدل والمتمم للقانون رقم85- 5 المـؤرخ في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، وحسب المادة 208 التي تنص على: "تمـارس الأنشطة الطبية والصحية تمارس من قبل الخواص في العيادات الاستشفائية، وعيادات الفحص الطبي، والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية والبصـرية الطبيـة ومخـابر النظارات والأجهزة الطبية الاصطناعية الطبية"([2]).

وإيمانا بأهمية الصحة في الحياة اليومية ونظرا للحاجة الماسة إلى تـدعيم القطـاع الصـحي بالجزائر وبالأخص بولاية سطيف، كانت مصحة الصنوبر مع الموعد حيث وبداية من شـهر فيفـري لعام 2005 تم تأسيس هذه المصحة لتضيف لبنة أخرى في قطاع الصحة، وتم تشييد مبنـى مصـحة الصنوبر والذي أُشْتُقَ اسمها نسبة للمكان الذي يحتوى على غابة مشهورة بأشجار الصنوبر، في حـي بلحوكي حمو والمعروف سابقا بحي المعبودة بمحاذاة الطريق الولائي الرابط بين ولاية سطيف وولاية بجاية. حيث تعتزم السلطات الولائية تجميع كل المرافق الصحية الخاصة في ذلك المكان([3])، وهذا مـا نلمسه من خلال تواجد ثلاث مصحات، مصحة الصنوبر ومصحة محابي، ومصـحة طـب العيـون، بالإضافة، إلى مصحة أخرى في طور الانجاز. والخريطة الموالية توضح موقع مصحة الصنوبر.

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 14، لسنة 1988.
[3] مقابلة مع السيد: رفوفي عبد القادر، الرئيس الإداري لمصحة الصنوبر.

خريطة رقم(01): موقع مصحة الصنوبر



المصدر: موقع قوقل آرث(Google Earth).

8/ الهيكل التنظيمي لمصحة الصنوبر

يحتوي مبنى مصحة الصنوبر المكون من أربعة طوابق بالإضـافة إلـى الطـابق الأرضـي، وتتضمن العديد من الأقسام :

أ/ الأقسام الطبية:

أولا: قسم الجراحة.

ثانيا: قسم الولادة.

ثالثا: قسم التشخيص.

رابعا: قسم الأشعة.

ب/ الأقسام الفنية

أولا: قسم التمريض.

ثانيا: قسم المختبر وبنك الدم.

ثالثا: قسم الصيدلة.

رابعا: قسم التعقيم المركزي.

خامسا: قسم النظافة والمغسلة.

سادسا: قسم التغذية.

ج/الأقسام الإدارية:

أولا: الإدارة العامة.

ثانيا: مكتب الاستقبال.

ثالثا: قسم السجلات الطبية.

وبهذا فإن مصحة الصنوبر تقدم مجموعة من الخدمات الطبية والصحية والتي نـذكرها فيمـا يلي:

- الجراحة العامة.
- معالجة أمراض الجهاز البولي.
- الجراحة الليزرية.
- التخدير والإنعاش.
- معالجة أمراض النساء والتوليد.
- الاستعجالات الجراحية.
- المعالجة الإشعاعية.
- التحاليل الطبية.

بالإضافة إلى الخدمات الجوهرية أو الرئيسية التي تقدما مصحة الصنوبر، فإنه توجد العديد من الخدمات الثانوية أو الخدمات الداعمة لتك الخدمات الأساسية والمتمثلة في خدمات الإيـواء والتغذيـة والفندقة.

د/ الطاقم البشري:

أما فيما يخص الطاقم الطبي والتمريضي العامل بمصحة الصنوبر فيتكون من :

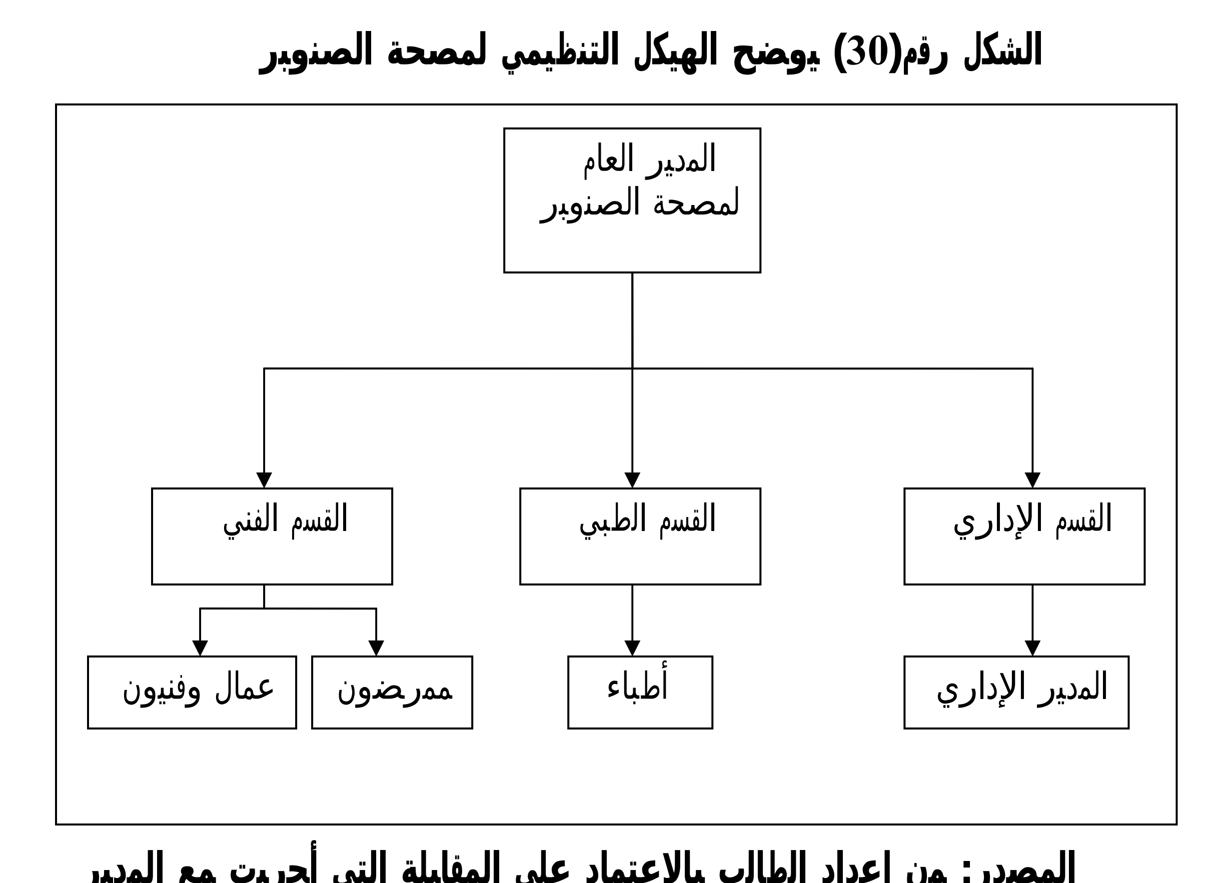
أولا- الطاقم الطبي: يوجد خمسة أطباء دائمين بمصحة الصنوبر في تخصصـات متعـددة، هـذا بالإضافة إلى تعامل مصحة الصنوبر مع عشرين طبيبا بصفة متعاقد.

ثانيا- الطاقم التمريضي: ويتكون من عشرة ممرضين

ثالثا- الطاقم الإداري والفني: يتكون من المدير العام، والمدير الإداري للمصحة، بالإضافة إلـى ثلاثة وعشرين من فنيون وعمال.

والشكل الموالى يوضح الهيكل التنظيمي لمصحة الصنوبر:

الشكل رقم(30) يوضح الهيكل التنظيمي لمصحة الصنوبر



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على المقابلة التي أجريت مع المدير الإداري لمصحة الصنوبر

المبحث الثاني: عرض وتحليل البيانات الميدانية

إن الهدف من بحثنا هو دراسة دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية بالتطبيق على المستفيدين منها بمصحة الصنوبر بسطيف، وهذا من خلال دراسة تأثير المتغيرات التسويقية لعناصر المزيج التسويقي الخارجي بهذه المصحة على المرضى، بالإضافة إلى دراسة الدور الذي تلعبه عناصر المزيج الخارجي والعلاقاتي في تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى ومن ثم تحقيق رضاهم. ويشمل هذا المبحث عرضا وتحليلا مفصلا للنتائج التي توصلت إليها الدراسة الميدانية التي أجريت مع المرضى بمصحة الصنوبر بسطيف. حيث سيتم أولا وصف أفراد عينة الدراسة من حيث العمر، الجنس، والمؤهل العلمي، والدخل، ومن ثم سيتم الإجابة عن باقي تساؤلات الدراسة الواردة في الفصل التمهيدي.

1/ التحليل الوصفي لأفراد عينة الدراسة

تضمنت الدراسة أربعة متغيرات أساسية خاصة بأفراد عينة الدراسة. وسيتناول هذا المطلب من الدراسة وصفا لهذه المتغيرات على النحو التالي:

أ/ توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

من خلال الجدول التالي يمكن أن نلاحظ بأن أكثر من نصف أفراد العينة من الذكور (60 %)، بينما بلغت نسبة المرضى الإناث (40 %).

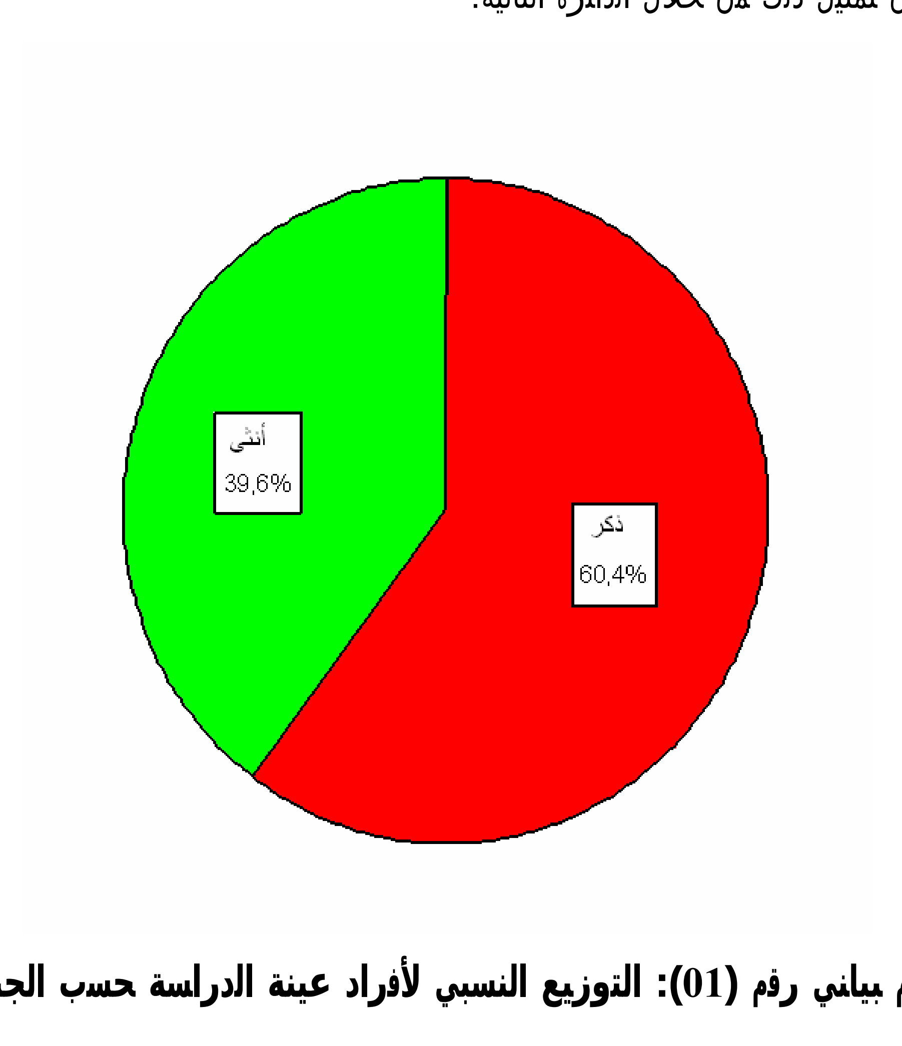
والجدول رقم-1- يبين لنا توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

جدول رقم (1) يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس

أفراد العينة / الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	32	% 60,4
أنثى	21	% 39,6
المجموع	53	% 100

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك من خلال الدائرة التالية:



رسم بياني رقم (01): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

ب/ توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

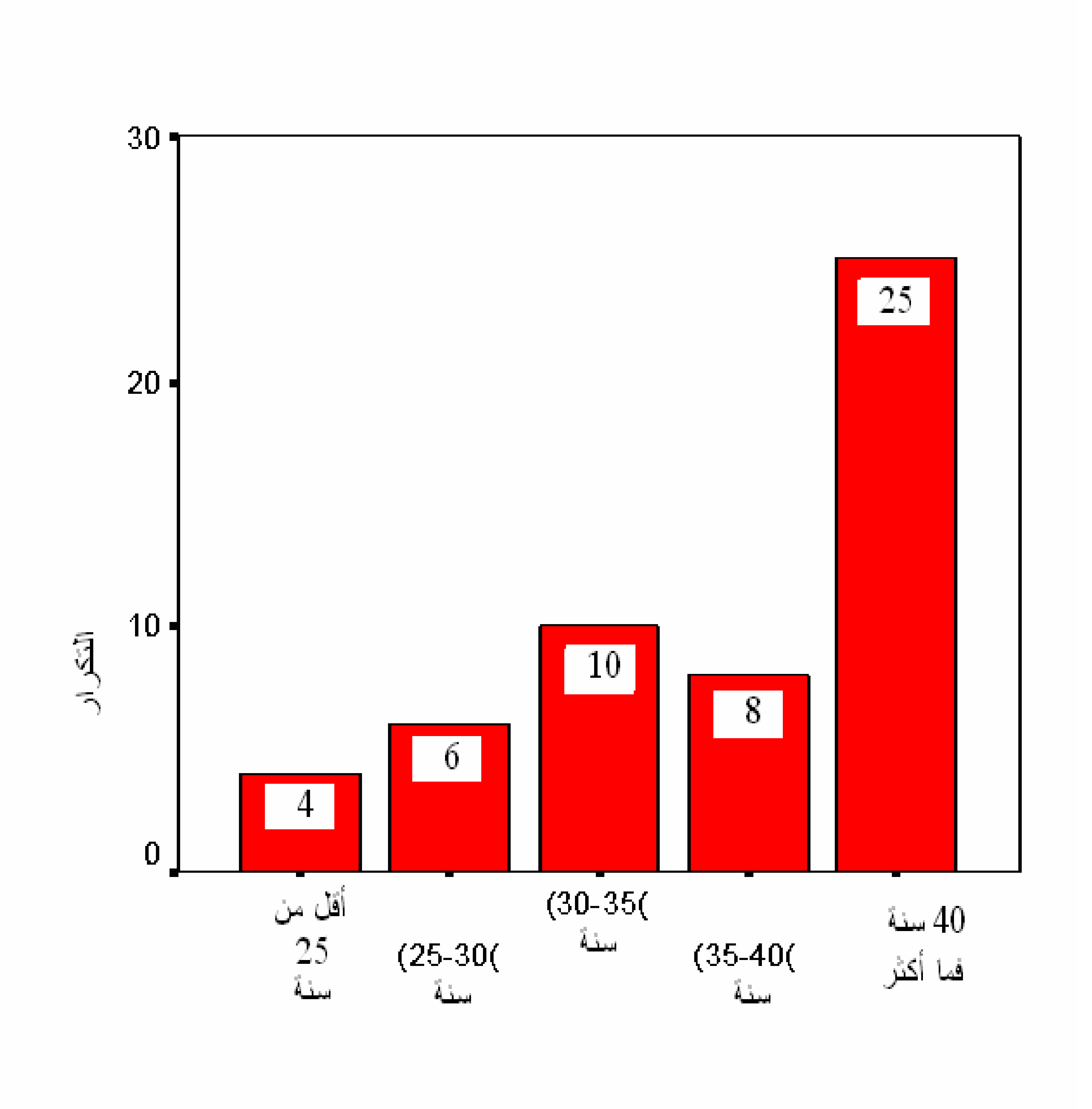
الجدول الموالي يوضح لنا توزيع أفراد العينة عل حسب العمر:

جدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب العمر

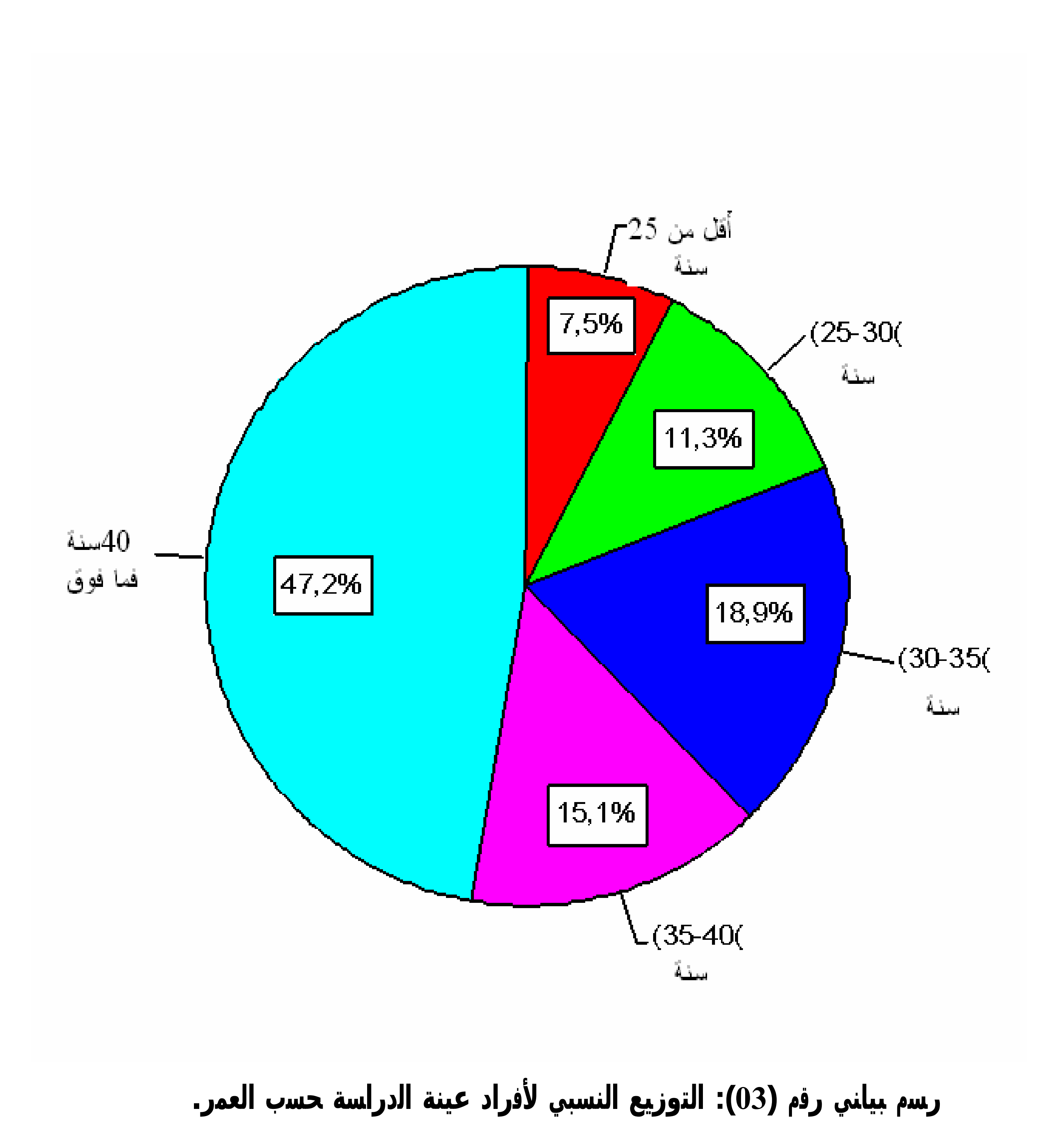
العمر / العينة	التكرار	النسبة
أقل من 25 سنة	**4**	**% 7,5**
من 25 إلى أقل من 30 سنة	**6**	**% 11,3**
من30 إلى أقل من 35 سنة	**10**	**% 18,9**
من35 إلى أقل من 40 سنة	**8**	**% 15.1**
أكثر من 40 سنة	**25**	**% 47.2**
المجموع	**53**	**% 100**

المصدر: بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك بيانيا كما يلي:



رسم بياني رقم (02): التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة حسب العمر.



رسم بياني رقم (03): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب العمر.

ما يمكن ملاحظته من خلال توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر هو النسبة العالية للفئة العمرية من 40 سنة فما فوق، حيث تمثل نسبة (47,2 %) من عينة الدراسة، كما نلاحظ أن أقل نسبة نسجلها كانت في الفئة الأولى اقل من 25 سنة، وذلك بنسبة (7,5 %). أما بالنسبة للفئتين العمريتين

من "30سنة إلى أقل من 35 سنة" من جهة و "من35 سنة إلى أقل من40 سنة" من جهة أخرى، فكانتا بنسبتين متقاربتين هما على التوالي (18,9 %) و(15,1%)، أما الفئة العمرية "من 25 سنة إلى أقل من30 سنة" فكان لها تمثيل قدر بنسبة (11,3%) من إجمالي أفراد عينة الدراسة.

ج/ توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

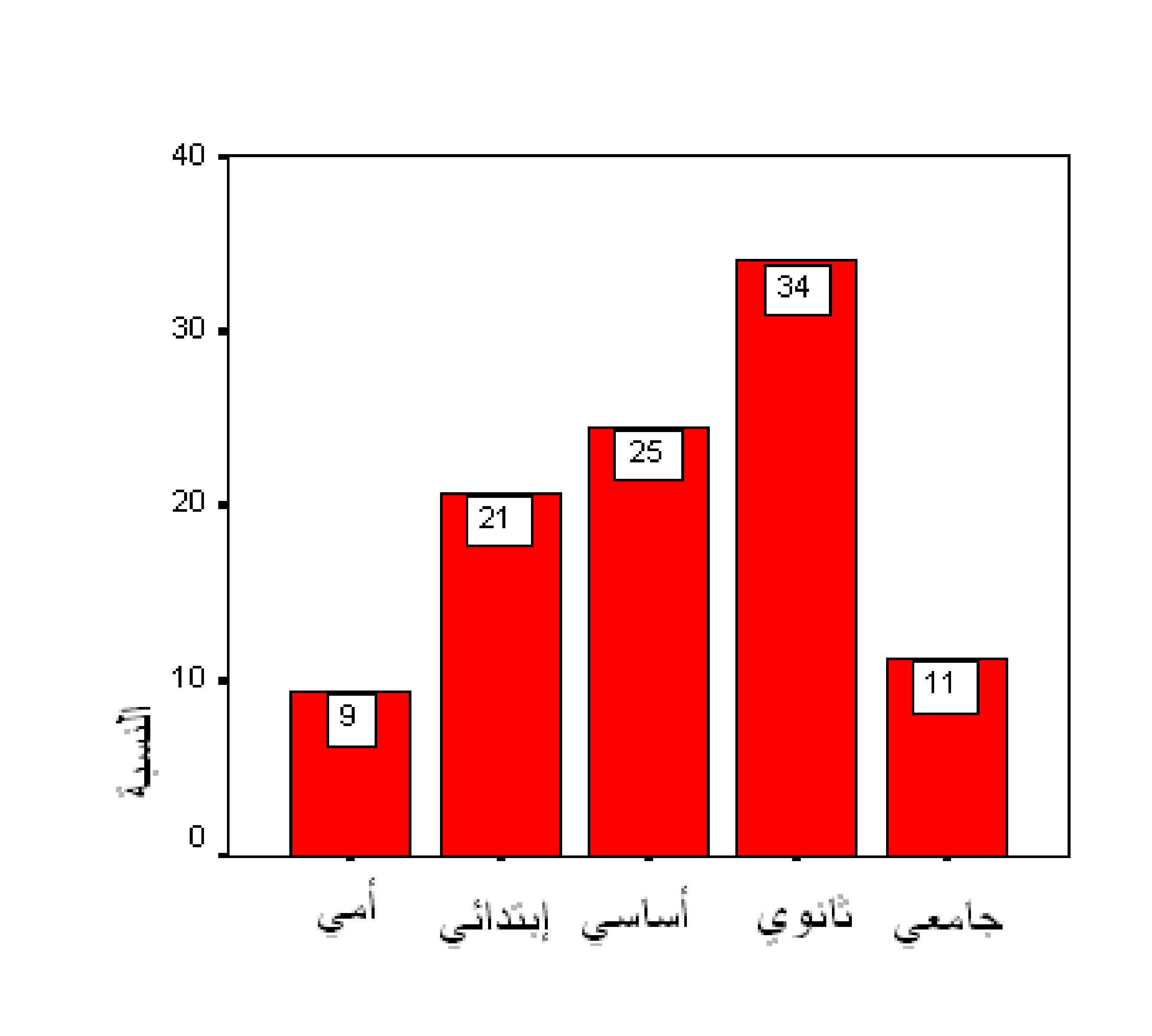
الجدول الموالي يوضح لنا توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (3) يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

العينة / المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
أمي	5	9 %
ابتدائي	11	21 %
أساسي	13	25 %
ثانوي	18	34 %
جامعي	6	11 %
المجموع	53	100 %

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك من خلال المدرج التالي:



رسم بياني رقم (04): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

يتضح من الجدول رقم(3) والرسم البياني رقم(04) أن هناك خمس مستويات تعليمية تمثل عينة الدراسة، غير أن المستوى الثانوي كان المستوى الشائع بنسبة قدرت ب (34%)، ثم يليه المستوى الأساسي والابتدائي بنسب (25 %)، و(21 %) على التوالي، ليأتي بعد ذلك المستوى الجامعي، والمستوى الأمي بنسب متقاربة وهي على التوالي (11 %)، و(9 %).

د/ توزيع أفراد العينة حسب الدخل

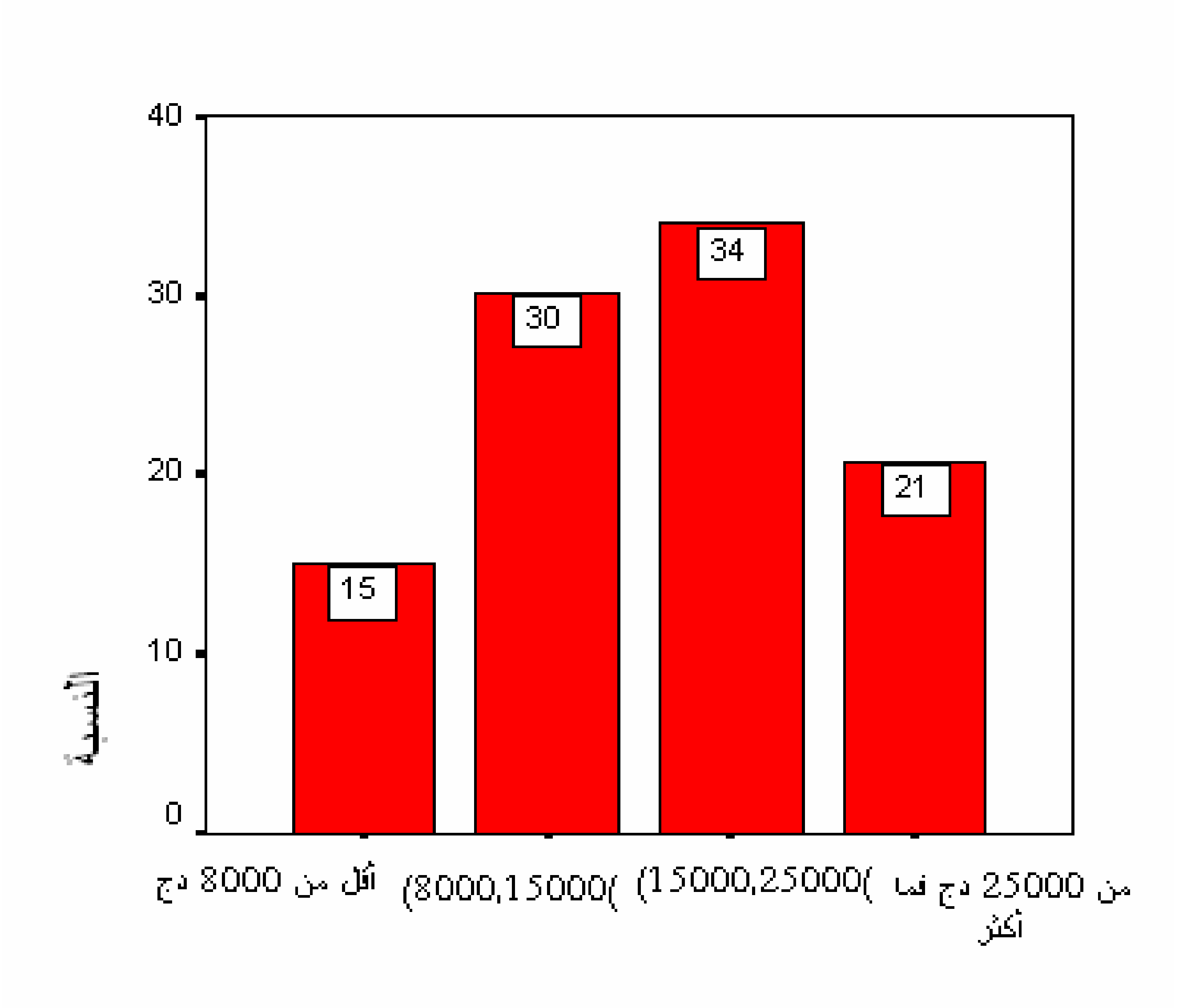
الجدول الموالي يوضح لنا توزيع عينة الدراسة حسب الدخل (الراتب الشهري):

جدول رقم (4) يبن توزيع أفراد العينة حسب الدخل

العينة / الراتب	التكرار	النسبة المئوية	النسبة المئوية تراكميا
أقل من 8000 دج	8	% 15,1	% 15,1
]15000,8000[دج	16	% 30,2	% 45,3
]25000,15000[دج	18	% 34	% 79,3
من25000 دج فما أكثر	11	% 20,7	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك من خلال المدرج التالي:



رسم بياني رقم (05): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب الدخل.

يتضح من الجدول رقم (4) والرسم البياني رقم (05) أن المرتب الشهري (الدخل) الشائع بين أفراد الدراسة هو "من 15000 إلى أقل من 25000 دج" بنسبة (34 %) من إجمالي أفراد الدراسة، يلي هذه الفئة مباشرة و بنسبة مقاربة فئة " من 8000 إلى أقل من 15000 دج" بنسبة (30,2 %)، ثم تأتي فئة "من 25000 دج فما أكثر" بنسبة قدرت بحوالي (20,7 %)، أما أقل النسب فكانت للأفراد الذين لديهم دخل(راتب شهري) "أقل من 8000 دج" بنسبة (15,1 %

2/ مدى تأثير عناصر المزيج التسويقي الخارجي على المراجعين للخدمات الصحية

نريد في هذا التحليل أن نعرف الدور الذي يمثله التسويق ممثلا في عناصر المزيج التسويقي الخارجي ومدى تأثيره على المراجعين للخدمات الصحية – المرضى- بمصحة الصنوبر، وذلك من خلال التركيز على النسب المئوية لتكرارات الاستجابات المختلفة، وترتيب تلك الاستجابات حسب أعلى قيم للمتوسط الحسابي.

أ-السؤال الأول: عن مدى تأثير " تشكيلة الخدمات " المقدمة بمصحة الصنوبر على جذب المرضى.

جدول رقم (5)

يبين التوزيع التكراري والنسبي لعوامل الجذب بمصحة الصنوبر

بيان العوامل	عدد التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية تراكميا
دقة التشخيص في العلاج	20	% 37.74	% 37.47
تقديم الخدمة الصحية في الوقت المناسب	16	% 30.19	% 67.93
خدمات فندقية في المستوى	13	% 24.53	% 92.46
تعدد الخدمات الصحية المقدمة	4	% 7.54	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

بشكل عام يتبن من الجدول رقم(**5**) أن الخدمات الأساسية المقدمة من طرف مصحة الصنوبر والتي هي عبارة عن الخدمات الجوهرية والمتمثلة في الخدمات الصحية والطبية المقدمة في هذه المصحة، لها أهمية كبرى كأحد عوامل الجذب للمرضى وهذا بنسبة (37.74 %) بالنسبة للدقة في التشخيص و (30.19 %) بالنسبة لتقديم الخدمات الطبية والصحية في الوقت المناسب، أي أن هذين العاملين استحوذا على نسبة (67 %)، وهي نسبة معتبرة ومهمة بالنسبة للمصحة فيما يخص خدماتها الصحية والطبية المقدمة هذا من جهة.

أما من جهة أخرى، فإن الخدمات الثانوية المعززة لمركز الخدمات الجوهرية احتلت المرتبة الثالثة كأحد عناصر الجذب، حيث ساهم عامل الخدمات الفندقية بنسبة (24.53 %).

أما التوسع في مزيج العرض للخدمات الصحية والطبية للمصحة يبقى ضعيف ودون المستوى حيث لا يساهم إلا بنسبة (7.54 %) وهي أحد نقاط الضعف بمصحة الصنوبر.

ب-السؤال الثاني: مدى تأثير عنصر "التسعير" المطبق بالمصحة على المرضى

جدول رقم (6)

يبين التوزيع التكراري والنسبي عن مدى تناسب الأسعار مع الخدمات الصحية المقدمة

البيان	عدد التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية تراكميا
مرتفع	25	% 47	% 47
مرتفع جدا	16	% 30	% 77
مناسب	9	% 17	% 94
منخفض	2	% 4	% 98
منخفض جدا	1	% 2	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

يلاحظ من الجدول المبين أعلاه أن نسبة (47 %) من أفراد العينة ترى أن الأسعار المطبقة في مصحة الصنوبر مرتفعة، بينما ترى (30 %) من أفراد العينة أن أسعار مصحة الصنوبر مرتفعة جدا، أي أن غالبية أفراد العينة غير راضية عن " السياسة التسعيرية " التي تنتهجها مصحة الصنوبر بنسبة (77 %). بينما كانت نسبة (17 %) من أفراد العينة ترى أن أسعار مصحة الصنوبر مناسبة إذا ما قورنت بالخدمات المقدمة من طرف المصحة، في حين كانت نسبة صغيرة من أفراد العينة ترى أن الأسعار منخفضة ومنخفضة جدا وهي على التوالي (4 %) و (2 %).

وعموما و بعد قيامنا بحساب متوسط السعر باستخدام الاشتقاق التوافقي عن طريـق العلاقـة التالية:

$$\text{متوسط السعر} = \frac{(1 \times 1) + (2 \times 2) + (3 \times 9) + (4 \times 25) + (5 \times 16)}{35}.$$

$$= 4.$$

أي أن متوسط السعر ينتمي إلى الفئة **[3,41 ، 4,2]** وهي فئـة مرتفـع، أي أن مصـحة الصنوبر لا تمتلك الانطباع اللازم والجيد بالنسبة لمتغير السعر.

ج/ السؤال الثالث: التعرف على واقع الترويج بمصحة الصنوبر

الجدول الموالي يوضح واقع الترويج بمصحة الصنوبر

جدول رقم (7)

التوزيع التكراري والنسبي عن مدى علم المرضى بالخدمات الصحية والطبية المتوافرة في مصحة الصنوبر " عنصر الترويج "

البيان	عدد التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية تراكميا
لا	45	% 85	% 85
نعم	8	% 15	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من خلال نتائج الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن هناك غياب شبه تام للحيازة أو المنفعة الإخبارية نتيجة القصور في العملية الترويجية من قبل مصحة الصنوبر، حيث نجد ما نسبته (85 %) من أفراد عينة الدراسة على عدم معرفة بالخدمات الصحية والطبية المقدمة و المتواجدة بمصحة الصنوبر، في حين أن نسبة صغيرة جدا تقدر بحوالي (15 %) من أفراد عينة الدراسة على علم بتلك الخدمات الصحية والطبية لمصحة الصنوبر، وهذا إذا دل على شيء إنما هو إشارة ودليل ربما على ضعف التحكم في عنصر الاتصالات التسويقية كأحد العناصر الهامة في متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي لمصحة الصنوبر.

د/ السؤال الرابع :التعرف على أسباب العلاج في مصحة الصنوبر "المزيج الترويجي"

الجدول الموالي يوضح تأثير عناصر المزيج الترويجي على المرضى.

جدول رقم (8)
التوزيع التكراري والنسبي لأسباب العلاج في المصحة

السبب	عدد التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية تراكميا
عن طريق العائلة	35	% 66,04	% 66,04
عن طريق الأصدقاء	13	%24,53	% 90,57
عن طريق الإعلان	4	% 7,55	% 98,12
مصدر آخر	1	% 1,88	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

تبين إجابات السؤال الثالث مدى تأثير العوامل الدافعة للعلاج في هذه المصحة، مما يفيد مستقبلا في إعادة النظر في سياسة الترويج وبالتالي سياسة الاتصالات التسويقية التي تتبعها المصحة، حيث كانت نسبة (66,04 %) من أفراد عينة الدراسة قد قدموا لمصحة الصنوبر من أجل تلقي العلاج بناء على توصية العائلة أو أحد أفرادها ، ثم تليها فئة بنسبة (24.53 %) جاءت بناءا على توصية الأصدقاء، ويشكل هذان العاملان ما نسبة (90,57 %) في عملية التعريف والترويج لخدمات المصحة وهي نسبة جد مرتفعة، وهذا ما يعكس صفة التلازمية للخدمات الصحية والتي تعتمد بشكل مباشر على

ما يسمى بالعلاقات الشخصية تحت غطاء الكلمة المنطوقة Word of Mouth والتي أشرنا إليها في المبحث الأول من الفصل الأول.

أما عامل الإعلان فلم يستحوذ إلا على نسبة ضعيفة جدا قدرت ب (7.55 %) وهذا ما يؤكد مرة أخرى عن النقص في عملية الاتصال التسويقي لخدمات المصحة عن طريق متغيرات المزيج الترويجي، في حين احتل عامل مصدر آخر الرتبة الأخيرة بنسبة ضعيفة قدرت بحوالي (1,88 %) وكان عبارة عن توصية لطبيب المريض الشخصي.

انطلاقا من السؤال الثالث والرابع والخاص بعنصر الترويج، نجد أن مصحة الصنوبر ضعيفة إلى حد كبير في التعامل مع هذا العنصر الحساس والمتمثل أساسا في المنفعة الإعلامية أو الإخبارية للمراجعين للخدمات الصحية (المرضى).

هـ / السؤال الخامس: التعرف عن مدى ملاءمة موقع مصحة الصنوبر "عنصر التوزيع"

الجدول الموالي يوضح تأثير موقع مصحة الصنوبر "عنصر التوزيع" على المرضى.

جدول رقم (9)

التوزيع التكراري والنسبي والوسط الحسابي لتفضيل موقع مصحة الصنوبر

البيان	عدد التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي
مفضل جدا	16	% 30.2	
مفضل	27	% 50.9	
مناسب	6	% 11.3	
غير مفضل	3	% 5.7	
غير مفضل جدا	1	% 1.9	
المجموع	53	% 100	4.02

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من خلال أرقام ونسب الجدول رقم(9) يتبن لنا أن نسبة عالية من أفراد عينة الدراسة قـدرت بحوالي(50,9 %) ترى أن موقع مصحة الصنوبر هو موقع مفضل، بينما ترى(30,2 %) من أفـراد عينة الدراسة أن موقع مصحة الصنوبر هو موقع مفضل جدا، مما يؤكد على أفضلية موقـع مصـحة الصنوبر بنسبة(81,1 %) من أفراد العينة، بينما ترى ما نسبته(11.3 %) من أفراد عينة الدراسـة أن موقع مصحة الصنوبر مناسب، في حين كان عدم التفضيل بنسب صغيرة وضعيفة على حد السـواء، فكانت نسبة(5,7 %) من أفراد عينة الدراسة ترى أن موقع مصحة الصنوبر غير مفضل، بينما تـرى نسبة(1.9 %) من أفراد عينة الدراسة أن موقع مصحة الصنوبر غير مفضل جدا.

وعموما وبالنظر إلى المتوسط الحسابي لتفضيل موقع مصحة الصنوبر " كعنصـر دال علـى عنصر التوزيع" والذي أخذ قيمة (4.02) وبالتالي فهو ينتمي إلى الفئة **[3,41 ، 4,2]**، وهي فئـة دالة على انطباع جيد عن موقع مصحة الصنوبر بتقدير **مفضل**، مما يؤكد على فعالية عنصر التوزيع في مصحة الصنوبر.

و/ السؤال السادس:التعرف على تأثير عنصري الأفراد والتسهيلات المادية الخاصة بمصحة الصنوبر

الجدول الموالي يوضح تأثير عاملي الأفراد والتسهيلات المادية على المرضى بمصحة الصنوبر.

جدول رقم (10)

التوزيع التكراري والنسبي لمدى تأثير عنصري الأفراد والتسهيلات المادية

العبارة	عدد التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
شهرة الأطباء وكفاءة الجهاز التمريضي	32	% 60.38	% 60.38
حداثة المعدات و الأجهزة الطبية	15	% 28.30	% 88.68
نظافة المصحة	6	% 11.32	% 100
المجموع	53	% 100	

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

يعكس الجدول رقم(10) المبين أعلاه درجة تأثير كل من العنصر البشري ممثلا في الأطباء والجهاز التمريضي، حيث كان لشهرة الأطباء وكفاءة الجهاز التمريضي الأثر الكبير من حيث درجة استقطاب المرضى إلى مصحة الصنوبر أي أكثر من نصف أفراد عينة الدراسة بنسبة (60,38 %). ثم نجد عامل حداثة المعدات والأجهزة الطبية تأتي في المرتبة الثانية من حيث درجة الاستقطاب

والتأثير بنسبة(28,30 %)، وهي نسبة معبرة نوعا ما على أهمية حداثة المعدات و الأجهـزة الطبيـة والتي تعكس مبدأ السلامة و الأمان والراحة النفسية للمريض وبالتالي خلق نوع من درجة الثقة له في المصحة التي يريد العلاج فيها، في حين كان عامل نظافة المصحة كأحد عوامل الاسـتقطاب ممـثلا بنسبة(11,32 %)، حيث شكل هذا العامل الأخير مجتمعا مع عامل حداثة الأجهزة والمعدات الطبية ما نسبته(39,62 %) وهي نسبة تمثل درجة التأثير والجذب لعنصر التسهيلات المادية لمصحة الصنوبر، مما يؤكد أن المصحة لها اهتمام بعنصري الأفراد والتسهيلات المادية كعنصرين وعاملين مهمين فـي تسويق الخدمات الصحية.

ز/ السؤال السابع: تأثير عنصر الاستقبال "العمليات الإدارية"

الجدول الموالي يوضح تأثير عنصر الاستقبال "العمليات الإدارية" علـى المرضـى بمصـحة الصنوبر.

جدول رقم (11)

التوزيع التكراري والنسبي والوسط الحسابي لعنصر الاستقبال " العمليات الإدارية"

البيان	عدد التكرارات	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي
ممتاز	20	% 37.7	
جيد	23	% 43.4	
عادي	8	% 15.1	
سيئ	2	% 3.8	
سيئ جدا	-	-	
المجموع	53	% 100	4.15

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

من خلال قراءة أرقام ونسب الجدول(11) نخلص أن مصحة الصنوبر تـولي أهميـة كبيـرة لعنصر العمليات الإدارية باعتبارها أحد متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخـارجي ويتجلـى هـذا بوضوح من خلال نسب الاستقبال الممتاز والجيد والتي شكلتا معا نسـبة حـوالي (81,10 %) مـن إجمالي إجابات أفراد العينة، وهي نسبة مرتفعة إذا ما علمنا أن نسبة (15,1 %) من إجمالي إجابـات أفراد العينة كانت تشير إلى أن الاستقبال كان عادي وهي نسبة محايدة يمكن تحسب لمصحة الصنوبر، خاصة إذا لاحظنا أن نسبة ضعيفة قدرت ب (3,8 %) من إجمالي إجابات أفراد عينة الدراسة أشارت إلى أن الاستقبال كان سيئ وضعيف، في حين خلت فئة الاستقبال من نوع سيئ جدا من أي إجابة.

والجدير بالذكر أن متوسط الاستقبال كان مساويا لقيمة (**4.15**) وهي من فئة **[3,41 ، 4,2]**، أي أن عنصر الاستقبال الدال على متغير العمليات الإدارية كان ذا انطباع مفضل بدرجة جيد.

3/ تقييم جودة الخدمات الصحية

سنقوم هنا بتحليل تقييم جودة الخدمات الصحية انطلاقا من تقييم متغيرات المـزيج التسـويقي الصحي الخارجي والتفاعلي لمصحة الصنوبر كل على حدى، حتى يتسنى لنـا إظهـار نقـاط القـوة والضعف للخدمات الصحية بمصحة الصنوبر ومن ثم إبراز جوانب الاهتمـام والتقصـير لمتغيـرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي والتفاعلي(العلاقاتي) ومن ثم التسويق ككل.

أ/ تقييم الجودة من منطلق متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي

يحتوي هذا المحور على عشرة عبارات مكونة لمتغيرات المزيج التسويقي الصحي الخـارجي لمصحة الصنوبر، حيث تمثل كل عبارتين متتاليتين عن متغير تسويقي صحي خارجي، سـنقوم فـي البداية بعرض التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافـات المعياريـة لعبـارات المحور العشرة، وبعدها سنقوم بترتيب تلك المتغيرات بعد تجميعها على شكل كل عبارتين تمثل متغير واحد من متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي.

جدول رقم (12)

تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تقييم عناصر المزيج التسويقي الصحي الخارجي

العبارات		جيدة جدا (5)	جيدة (4)	مناسبة (3)	سيئة (2)	سيئة جدا (1)	قيمة مربع كـــاي والدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم العبارة	الترتيب
الخدمات الطبية و التمريضية	ت	15	31	5	2	-	**38.698	0.725	4.11	1	ثالثا
	%	28.3	58.5	9.4	3.8	-					
الخدمات الفندقية	ت	18	13	8	12	2	**13.509	1.274	3.62	2	سادسا
	%	34	24.5	15.1	22.6	3.8					
الأسعار مقارنة بالخدمات	ت	-	9	13	13	18	3.075	1.108	2.25	3	عاشرا
	%	-	17	24.5	24.5	34					
الأسعار مقارنة بباقي المصحات	ت	4	8	24	10	7	**22.943	1.08	2.85	4	تاسعا
	%	7.5	15.1	45.3	18.9	13.2					
كفاءة ومهارة الأطباء	ت	26	20	6	1	-	**31.000	0.758	4.34	5	أولا
	%	49.1	37.7	11.3	1.9	-					
كفاءة ومهارة الممرضين	ت	7	26	6	12	2	**32.755	1.102	3.45	6	سابعا
	%	13.2	49.1	11.3	22.6	3.8					

تابع للجدول(12):

العبارة							كا²	الانحراف	المتوسط	الترتيب	المستوى
المظهر الخارجي للمصحة وموقعها	ت	4	11	22	14	2	**24.453	0.971	3.02	7	ثامنا
	%	7.5	20.8	41.5	26.4	3.8					
التصميم الداخلي للمصحة	ت	18	24	13	-	-	3.660	0.745	4.06	8	خامسا
	%	30.2	45.3	24.5	-	-					
حداثة المعدات و الأجهزة الطبية	ت	22	25	6	-	-	**11.811	0.668	4.30	9	ثانيا
	%	41.5	47.2	11.3	-	-					
نظافة المصحة	ت	26	12	8	7	-	**17.415	1.089	4.08	10	رابعا
	%	79.1	22.6	15.1	13.2	-					
المتوسط العام للمحور									3.604		مرتفع

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

** دال عند (0.01).

ت: التكرار.

%: النسبة المئوية.

يظهر الجدول رقم (12) أن قيمة كاي مربع دالة إحصائيا لعبارات محور المـزيج التسـويقي الصحي الخارجي باستثناء العبارة رقم **(8)**، ويظهر الجدول أن المتوسط العام لمتوسط المحور الخاص بمتغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي مرتفع، حيث بلغ المتوسط الحسابي **(3.604)** من خمس نقاط، مما يشير إلى أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف مصـحة الصـنوبر ممثلـة فـي متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي ذات جودة مرتفعة.

وبتحليل جودة الخدمات الصحية من خلال متغيرات المـزيج التسـويقي الصـحي الخـارجي لمصحة الصنوبر حسب ترتيب درجة جودتها كما تراها عينة الدراسة، يتضـح أن قيمـة المتوسـط للعنصر الخامس من عناصر متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي والمتمثل في كفاءة ومهـارة الأطباء كان**(4.34)** قد احتل المرتبة الأولى، مما يدل أن الطبيب يعتبر محور تفضيل مهـم وعنصـر جذب جيد بالنسبة للمريض عند اتخاذه قرار شراء الخدمة الصحية (المعالجة) ممـا يعكـس الأهميـة القصوى للطبيب بصفة خاصة وعنصر الأفراد بصفة عامة كأحد أهـم متغيـرات المـزيج الصـحي الخارجي في تسويق الخدمات الصحية بالنسبة لمصحة الصنوبر خصوصـا والمنظمـات الصـحية الأخرى عموما، في حين أن العبارة رقم (**3**) والمتمثلة في الأسعار مقارنة بقيمة الخدمات الصـحية المقدمة في مصحة الصنوبر قد احتلت المركز الأخير بمتوسط حسابي (**2.25**) من خمس نقاط وذلـك بدرجة ضعيفة أو متدنية، وهذا دلالة على ارتفاع أسعار الخدمات الصحية بمصحة الصنوبر.

غير أنه وبعد دمج المتغيرات المكونة للمزيج التسويقي الصحي الخارجي لمصـحة الصـنوبر فإننا نتحصل على متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي الجديدة لمصحة الصنوبر مرتبة حسب أهميتها في تقييم جودة الخدمات الصحية حسب متوسطاتها الحسابية الجديدة كما يلي:

أولا: التسهيلات المادية

وهي ممثلة في العبارتين التاسعة والعاشرة والتي احتلت المركز الأول من حيث التقييم الدالـة على جودة الخدمة الصحية لها. والجدول الموالي يوضح ذلك

جدول رقم (13):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعنصر للتسهيلات المادية

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1- حداثة المعدات والأجهزة الطبية	4.30	0.668
2- نظافة المصحة	4.08	1.089
التسهيلات المادية	4.19	0.879

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

احتل متغير التسهيلات المادية المرتبة الأولى من حيث تقييم الجودة وذلك بمتوسط حسابي (4.19) من خمس نقاط بدرجة مرتفع، مما يدل على أن مصحة الصنوبر تتعامل مع هذا المتغير بجدية وتبدي استعداد واهتمام واضحين من أجل رفع مستوى جودة الخدمة الصحية، لأن ذلك يساهم مباشرة في خلق الثقة ومبدأ الأمان لدى المريض، وخاصة على مستوى حداثة المعدات و الأجهزة الطبية التي تساهم بدرجة عالية في ترسيخ مفهوم الأمان ومن ثم تحقيق مستوى عالي من الجودة، حيث احتل عنصر حداثة المعدات والأجهزة الطبية المرتبة الثانية ضمن متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي العشرة وذلك بمتوسط حسابي (4.30) أي بدرجة مرتفع جدا، في حين كان عنصر نظافة المصحة في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (4.08)، مما يؤكد مرة أخرى على جودة الخدمة الصحية ممثلة في المتغير التسويقي الصحي الخارجي التسهيلات المادية.

ثانيا: الأفراد

يمثل هذا المتغير كل من العبارتين الخامسة والسادسة وهما على التوالي، كفاءة ومهارة الأطباء وكفاءة ومهارة الممرضين. والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (14):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعنصر الأفراد

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1- كفاءة ومهارة الأطباء	4.34	0.758
2- كفاءة ومهارة الممرضين	3.45	1.102
الأفراد	3.90	0.930

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

احتل المتغير التسويقي "الأفراد" المركز الثاني بمتوسط حسابي (**3.90**) من أصل خمس نقاط وذلك بدرجة مرتفع وبالتالي مستوى عالي من جودة الخدمة الصحية الممثلة في متغير الأفراد كأحد أحد أهم المتغيرات التسويقية الصحية الخارجية لمصحة الصنوبر، والذي يساهم بدرجة كبيرة في تسويق الخدمات الصحية، وهذا ما نلمسه في عنصر كفاءة ومهارة الأطباء والذي احتل المركز الأول من بين المتغيرات العشرة المكونة للمزيج التسويقي الصحي الخارجي بمتوسط حسابي (**4.34**) من بين خمس نقاط وذلك بدرجة مرتفع جدا، في حين كان عنصر كفاءة ومهارة الممرضين في المركز السابع بمتوسط حسابي (**3.45**) بدرجة مرتفع، وعموما فإن المتغير التسويقي الصحي الخارجي (الأفراد) بمصحة الصنوبر يساهم بشكل كبير في رفع وتحسين جودة الخدمة الصحية.

ثالثا: الخدمات

يمثل هذا المتغير كل من العبارتين الأولى والثانية وهما على التوالي، الخدمات الطبية والتمريضية، والخدمات الفندقية، كما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم (15):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعنصر الخدمات

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1- الخدمات الطبية والتمريضية	4.11	0.725
2- الخدمات الفندقية	3.62	1.274
الخدمات	3.87	0.999

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

تمثل الخدمات العنصر الأساسي والجوهري ونقطة التواصل بين مصحة الصنوبر وعملائهـا (مرضاها)، أي أن تقديم هذه الخدمات يمثل العصب الرئيسي من تواجد مصحة الصنوبر، وقد احتـل متغير الخدمات المركز الثالث من حيث مساهمته في الجودة وذلك بمتوسط حسابي (**3.87**) مـن بـين خمس نقاط وذلك بدرجة عالية (جيدة)، غير أن هذا المتغير في حقيقة الأمر مكـون مـن عنصـريين أساسين، أولهما ممثل في الخدمات الطبية والتمريضية والتي تعتبر الخـدمات الأساسـية (الخـدمات الجوهرية)، أي النشاط الأساسي للمصحة وقد احتل المركز الثالث من حيث التصنيف ضمن المتغيرات العشرة، وذلك بمتوسط حسابي (**4.11**) بدرجة مرتفع (جيدة)، في حين كانـت الخـدمات الداعمـة أو الثانوية والممثلة في عنصر الخدمات الفندقية في المركز السادس من حيث الترتيب بمتوسـط حسـابي (**3.62**) وذلك بدرجة مرتفع، وهنا تجدر الإشارة أن للخدمات الداعمة أو الثانويـة دور أساسـي فـي تعزيز الخدمات الجوهرية وعلى هذا الأساس لابد من تفعيل عنصر الخدمات الثانوية من أجـل خلـق انطباع جيد عن الخدمات الجوهرية والخدمات بصفة عامة من أجل تحقيق مستوى جـد عـالي مـن الجودة.

رابعا: التوزيع

يمثل هذا المتغير كل من العبارتين السابعة والثامنة وهما على التوالي، المظهر الخارجي للمصحة وموقعها، والتصميم الداخلي للمصحة كما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم (16):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعنصر التوزيع

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1- المظهر الخارجي للمصحة وموقعها.	3.02	0.971
2- التصميم الداخلي للمصحة	4.30	0.745
التوزيع	3.45	0.858

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

احتل متغير التوزيع المرتبة الرابعة من حيث تقييم الجودة وذلك بمتوسط حسابي(**3.45**) من خمس نقاط بدرجة مرتفع، حيث احتل عنصر المظهر الخارجي لمصحة الصنوبر وموقعها المرتبة الثامنة ضمن متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي العشرة وذلك بمتوسط حسابي(**3.02**) أي بدرجة متوسط مما يوحي أن هناك نوع من الضعف أو قلة الاهتمام بهذا العنصر، في حين كان عنصر التصميم الداخلي للمصحة في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي(**4.30**) بدرجة مرتفع جدا (جيدة جدا)، مما يؤكد حرص مصحة الصنوبر بالعناية بهذا العنصر والذي يساهم في خلق الراحة النفسية والابتهاج لدى المريض.

خامسا: السعر

وهو ممثل في العبارتين الثالثة والرابعة والذي احتل المركز الأخير من حيث التقييم الدال على جودة الخدمة الصحية له. والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (17):

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعنصر السعر

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1- الأسعار مقارنة بالخدمات 2- الأسعار مقارنة بباقي المصحات	2.25 2.85	1.108 1.08
السعر	2.55	1.094

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

يعتبر التسعير من المتغيرات التسويقية الهامة، والتي لها الأثر الكبير في اتخاذ القرارات الشرائية لدى المستهلكين، وانطلاقا من نتائج الجدول المبين أعلاه نلاحظ أن متغير السعر قد احتل المرتبة الأخيرة (الخامسة) من حيث الترتيب وذلك بمتوسط حسابي (**2.55**) من بين خمس نقاط وبدرجة ضعيف أي أن مساهمته في الجودة كانت متدنية، حيث كان عنصر الأسعار مقارنة بالخدمات المقدمة بمصحة الصنوبر في المركز العاشر (الأخير) ضمن ترتيب متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي بمتوسط حسابي (**2.25**) وبدرجة ضعيف أو سيئ، في حين كان عنصر الأسعار مقارنة ببقية المصحات المنافسة في المركز ما قبل الالأخير بمتوسط حسابي (**2.85**) وبدرجة متوسط، مما يدل على ضعف التحكم في عنصر التسعير لدى مصحة الصنوبر وهذا ينعكس بشكل أو آخر على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمصحة.

ب/ تقييم الجودة من منطلق متغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي

للإجابة عن هذا الجزء من تقييم جودة الخدمات الصحية بالارتكاز على متغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي لمصحة الصنوبر، قمنا بتحليل استجابات أفراد عينة الدراسة باستخدام أساليب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وبترتيب تلك الاستجابات حسب أعلى قيم للمتوسط الحسابي وحسب أقل قيم للتشتت والذي يمثل الانحراف المعياري

عند تساوي قيم المتوسط الحسابي، والجدول رقم (18) يوضح استجابات أفراد عينة الدراسة لتقييم جودة الخدمات الصحية بمصحة الصنوبر بالاعتماد على متغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي (العلاقاتي).

جدول رقم (18)

تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تقييم عناصر المزيج التسويقي الصحي التفاعلي (العلاقاتي)

العبارات		جيدة جدا (5)	جيدة (4)	مناسبة (3)	سيئة (2)	سيئة جدا (1)	قيمة مربع كـــاي والدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم العبارة	الترتيب
السرعة في تقديم الخدمة الصحية	ت	11	25	10	5	2	**29.547	1.026	3.72	1	خامسا
	%	20.8	47.2	18.9	9.4	3.8					
الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض	ت	16	22	10	4	1	**27.849	0.986	3.91	2	ثانيا
	%	30.2	41.5	18.9	7.5	1.9					
اهتمام الطبيب أثناء المعالجة	ت	26	13	12	2	-	**21.943	0.921	4.19	3	أولا
	%	49.1	24.5	22.6	3.8	-					
كفاية الوقت المخصص للتشخيص	ت	19	19	7	5	3	**22.943	1.177	3.87	4	ثالثا
	%	35.8	35.8	13.2	9.5	5.7					

تابع للجدول(18):

معاملة الكادر الطبي والممرضون	ت	19	17	8	6	3	**18.604	1.210	3.81	5	رابعا
	%	35.8	31	15.1	11.3	5.7					
استمرارية متابعة حالة المريض	ت	14	18	12	4	5	13.509	1.230	3.60	6	سابعا
	%	26.4	34	22.6	7.5	9.4					
مظهر الأطباء والممرضين والعاملين بالمصحة	ت	14	17	15	6	1	**17.472	1.049	3.70	7	سادسا
	%	26.4	32.1	28.3	11.3	1.9					
المتوسط العام للمحور									3.83		مرتفع

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

**** دال عند (0.01).**

ت: التكرار.

%: النسبة المئوية.

يظهر الجدول رقم (18) أن قيمة كاي مربع دالة إحصائيا لعبارات محور المـزيج التسـويقي الصحي التفاعلي (العلاقاتي) باستثناء العبارة رقم (6)، ويظهر الجدول أن المتوسـط العـام لمتوسـط المحور الخاص بمتغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي (العلاقاتي) مرتفع، حيث بلـغ المتوسـط

الحسابي (**3.83**) من خمس نقاط، مما يشير إلى أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف مصحة الصنوبر ممثلة في متغيرات المزيج التسويقي الصحي التفاعلي ذات جودة مرتفعة.

كما نلاحظ أن أعلى متوسط حسابي للعبارات الواردة ضمن هذا المحور هـو (**4.19**) عنـد العبارة رقم (**3**) من عبارات هذا المحور والتي تشير إلى اهتمام الطبيب أثناء المعالجة، في حين كـان أقل متوسط حسابي عند العبارة رقم(**6**) من عبارات هذا المحور، والتي تشير إلى استمرارية متابعـة حالة المريض، حيث بلغ المتوسط الحسابي(**3.60**).

من ناحية أخرى نلاحظ أن عدد عبارات هذا المحور سبعة عبارات، ومن الجدول نجد أن هناك عبارة واحدة رقم(**3**) كان متوسطها الحسابي أعلى من(**4**)، في حـين أن بقيـة العبـارات كـان متوسطها الحسابي أقل من(**4**). كما نلاحظ أن كل عبارات هذا المحور كانت متوسـطاتها الحسـابية ضمن المجال**[3,41 ، 4,2]**، والذي يوحي إلى درجة مرتفعة من مستوى جودة الخدمات الصـحية لمتغيرات المزيج التسويقي التفاعلي، وهذه هي العبارات بالترتيب:

أولا: اهتمام الطبيب أثناء المعالجة

جاءت في الترتيب الأول بمتوسط حسابي(**4.19**) من خمس نقاط، حيث أفـاد نسـبة بلغـت (**73.6 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في اهتمام الطبيب أثناء المعالجة بمصحة الصنوبر، منهم نسبة (**49.1 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في اهتمام الطبيـب أثناء المعالجة بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة (**24.5 %**) تراها أنها جيدة، ونسبة (**22.6 %**) تراها أنها مناسبة، بينما أبلغت نسبة صغيرة من أفراد عينة الدراسة قـدرت ب (**3.8 %**) علـى أنها سيئة.

ثانيا: الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض

جاءت في الترتيب الثاني بمتوسط حسابي(**3.91**) من خمس نقاط، حيث أفـاد نسـبة بلغـت (**71.7 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض بمصحة الصنوبر، منهم نسبة (**30.2 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصـحية ممثلـة فـي الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسـبة (**41.5 %**) تراهـا

أنها جيدة، ونسبة(**9.4 %**) تراها أنها سيئة، منهم نسبة (**7.5 %**) تراها أنها سيئة، ونسبة (**1.9 %**) تراها سيئة جدا، بينما أبلغت نسبة (**18.9 %**) على أنها مناسبة.

ثالثا: كفاية الوقت المخصص للتشخيص

جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي(**3.87**) من أصل خمس نقاط، حيث أفاد نسبة بلغت (**71.6 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في كفاية الوقت المخصص للتشخيص بمصحة الصنوبر، منهم نسب (**35.8 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في كفاية الوقت المخصص للتشخيص بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة (**35.8 %**) تراها أنها جيدة، ونسبة(**15.2 %**) تراها أنها سيئة، منهم نسبة(**9.5 %**) تراها أنها سيئة، ونسبة(**5.7 %**) تراها سيئة جدا، بينما أبلغت نسبة(**13.2%**) على أنها مناسبة.

رابعا: معاملة الكادر الطبي والممرضون

جاءت في الترتيب الرابع بمتوسط حسابي(**3.81**) من بين خمس نقاط، حيث أفاد نسبة بلغت (**66.8 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في معاملة الكادر الطبي والممرضون بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**35.8 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في معاملة الكادر الطبي والممرضون بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة(**31 %**) تراها أنها جيدة، ونسبة(**17 %**) تراها أنها ضعيفة، منهم نسبة(**11.3 %**) تراها أنها سيئة، ونسبة(**5.7 %**) تراها سيئة جدا، بينما أبلغت نسبة(**15.1 %**) على أنها مناسبة.

خامسا: السرعة في تقديم الخدمة الصحية

جاءت في الترتيب الخامس بمتوسط حسابي(**3.72**) من بين خمس نقاط، حيث أفاد نسبة بلغت(**68 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في السرعة في تقديم الخدمة الصحية بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**20.8 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في السرعة في تقديم الخدمة الصحية والممرضون بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة(**47 %**) تراها أنها

جيدة، ونسبة(**13.2%**) تراها أنها ضعيفة، منهم نسبة(**9.4%**) تراها أنها سيئة، ونسبة(**3.8%**) تراها سيئة جدا، بينما أبلغت نسبة(**18.9%**) على أنها مناسبة.

سادسا: مظهر الأطباء والممرضين والعاملين بالمصحة

جاءت في الترتيب السادس بمتوسط حسابي(**3.7**) من بين خمس نقاط، حيث أفاد نسبة بلغت (**58.5 %**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في مظهر الأطباء والممرضين والعاملين بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**26.4 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في مظهر الأطباء والممرضين والعاملين بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة(**32.1 %**) تراها أنها جيدة، ونسبة(**13.2 %**) تراها أنها ضعيفة، منهم نسبة(**11.3 %**) تراها أنها سيئة، ونسبة(**1.9 %**) تراها سيئة جدا، بينما عبرت نسبة(**28.3 %**) على أنها مناسبة.

سابعا: استمرارية متابعة حالة المريض

جاءت في المركز الأخير في ترتيب عبارات محور تقييم الجودة من منظور متغيرات المزيج التسويقي التفاعلي بمتوسط حسابي(**3.6**) من بين خمس نقاط، حيث دل على نسبة بلغت(**60.4%**) من أفراد عينة الدراسة على جودة الخدمة الصحية ممثلة في بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**26.4 %**) أشاروا أن جودة الخدمة الصحية ممثلة في معاملة الكادر الطبي والممرضون بمصحة الصنوبر كانت جيدة جدا، ونسبة(**34%**) تراها أنها جيدة، ونسبة(**16.9%**) تراها أنها ضعيفة، منهم نسبة(**7.5%**) تراها أنها سيئة، ونسبة(**9.4%**) تراها سيئة جدا، بينما عبرت نسبة(**22.6%**) على أنها مناسبة.

وبشكل عام فقد ساهمت متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجية والتفاعلية مجتمعة مع بعضها البعض في تحقيق مستوى جيد من جودة الخدمات الصحية لدى مصحة الصنوبر، وذلك بمتوسط حسابي(**3.72**) من خمس نقاط مما يؤكد مرة أخرى على مدى مساهمة التسويق بشكل عام ممثلا في متغيراته الخارجية والتفاعلية في تحسين وتحقيق مستوى جيد من جودة الخدمات الصحية لدى مصحة الصنوبر.

ج/ تقييم الرضا عن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المصحة

يظهر الجدول الموالي مدى رضا المرضى بمصحة الصنوبر عن جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وهذا بالارتكاز على المتغيرات التسويقية السبعة عشر السابقة.

جدول رقم (19):

تقييم رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية بمصحة الصنوبر

العبارة		راضي جدا (5)	راضي (4)	راضي إلى حد ما (3)	غير راضي (2)	غير راضي جدا (1)	قيمة مربع كاي والدلالة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي
رضا المرضى	ت	20	23	6	3	1	**38.981	0.946	4.09
	%	37.7	43.4	11.3	5.7	1.9			

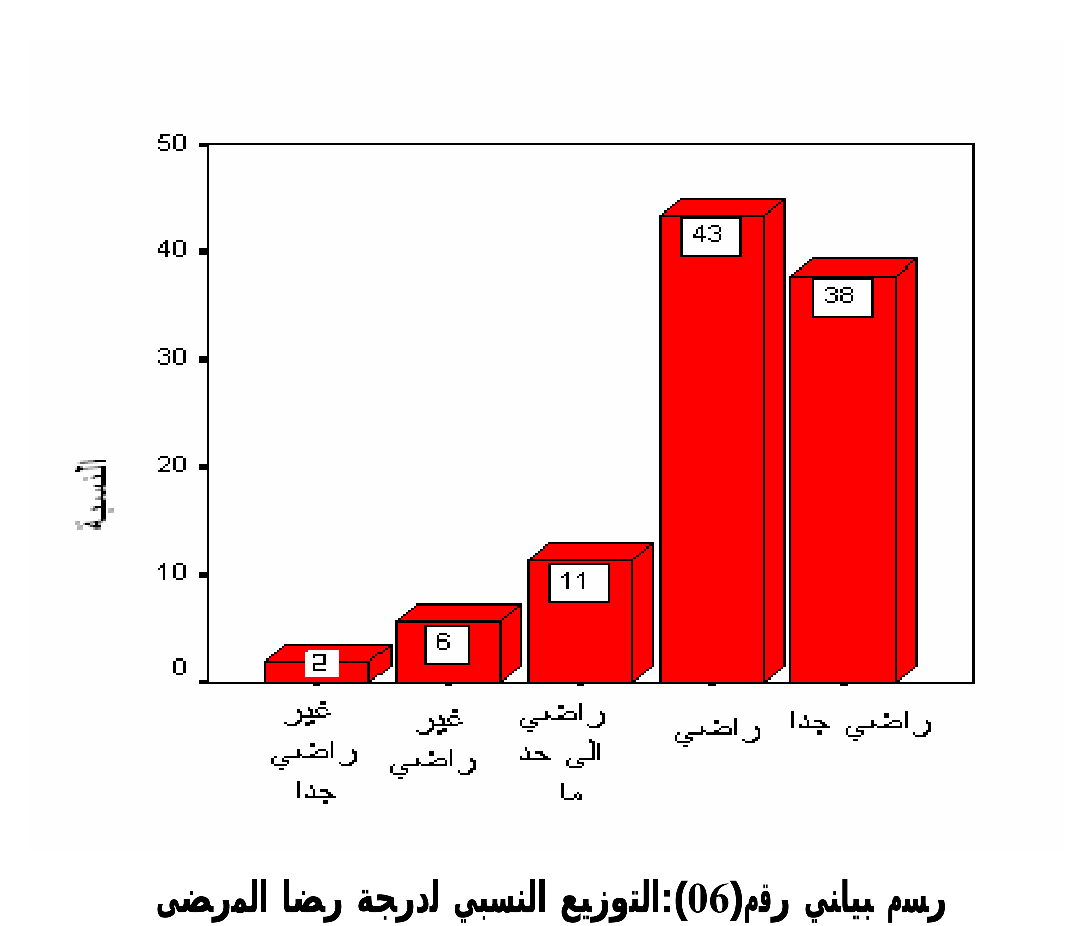
المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

**** دال عند (0.01).**

ت: التكرار.

%: النسبة المئوية.

يظهر الجدول رقم(19) أن قيمة كاي مربع دالة إحصائيا لمحور رضا المرضى. والشكل الموالي يبين استجابات أفراد عينة الدراسة عن مدى رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة لهم بمصحة الصنوبر.



رسم بياني رقم(06):التوزيع النسبي لدرجة رضا المرضى

كما يظهر الجدول رقم(19) أن المتوسط العام لمحور الرضا مرتفـع، حيـث بلـغ المتوسـط الحسابي (**4.09**) من خمس نقاط، مما يشير إلى أن رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم بمصحة الصنوبر كان جيد، حيث أفاد أن نسبة(**81 %**) من أفراد عينة الدراسة أبلغوا عـن رضـاهم عـن الخدمات الصحية المقدمة لهم بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**37.7 %**) كانت راضية جـدا، ونسـبة (**43.4 %**) كانت راضية، في حين أبدت بسبة(**7.6 %**) من أفراد عين الدراسة عن امتعاضها عـن الخدمات الصحية المقدمة لها بمصحة الصنوبر، منهم نسبة(**5.7 %**) كانت غير راضية، ونسبة(**1.9 %**) عبرت عن عدم رضاها التام، بينما كانت نسبة (**11.3 %**) كانت محايدة أو عبرت عن رضاها إلى حد ما.

4/ قياس المكانة الذهنية الحالية لمصحة الصنوبر

أ/ السؤال الأول: العلاج في منظمة صحية أخرى

يمثل الجدول الموالي استجابات أفراد عينة الدراسة عن معالجتهم أو عدم معالجتهم في منظمـة صحية أخرى قبل القدوم إلى مصحة الصنوبر.

جدول رقم (20):

التوزيع التكراري والنسبي لعلاج المرضى أو عدم العلاج في منظمات صحية أخرى

الاختيارات	التكرارات	النسبة المئوية
نعم	47	% 89
لا.	6	% 11
المجموع	53	% 100

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك بيانيا من خلال المدرج التالي.

رسم بياني رقم(07): التوزيع النسبي للعلاج أو عدم العلاج في منظمات صحية أخرى.

نلاحظ من خلال الجدول رقم(20) والشكل البياني رقم(7)، أن نسبة(**89 %**) من أفراد عينة الدراسة قد تلقوا العلاج في منظمات صحية أخرى قبل أن يأتوا إلى مصحة الصنوبر، فيما كانت نسبة (**11 %**) من أفراد عينة الدراسة لم تتابع علاجا من قبل في منظمات صحية أخرى.

ب/ السؤال الثاني: نوع المنظمة الصحية التي تم فيها العلاج من قبل

يمثل الجدول الموالي استجابات أفراد عينة الدراسة عن نوع المنظمة الصحية التي تلقوا أو تابعوا فيها العلاج قبل القدوم إلى مصحة الصنوبر.

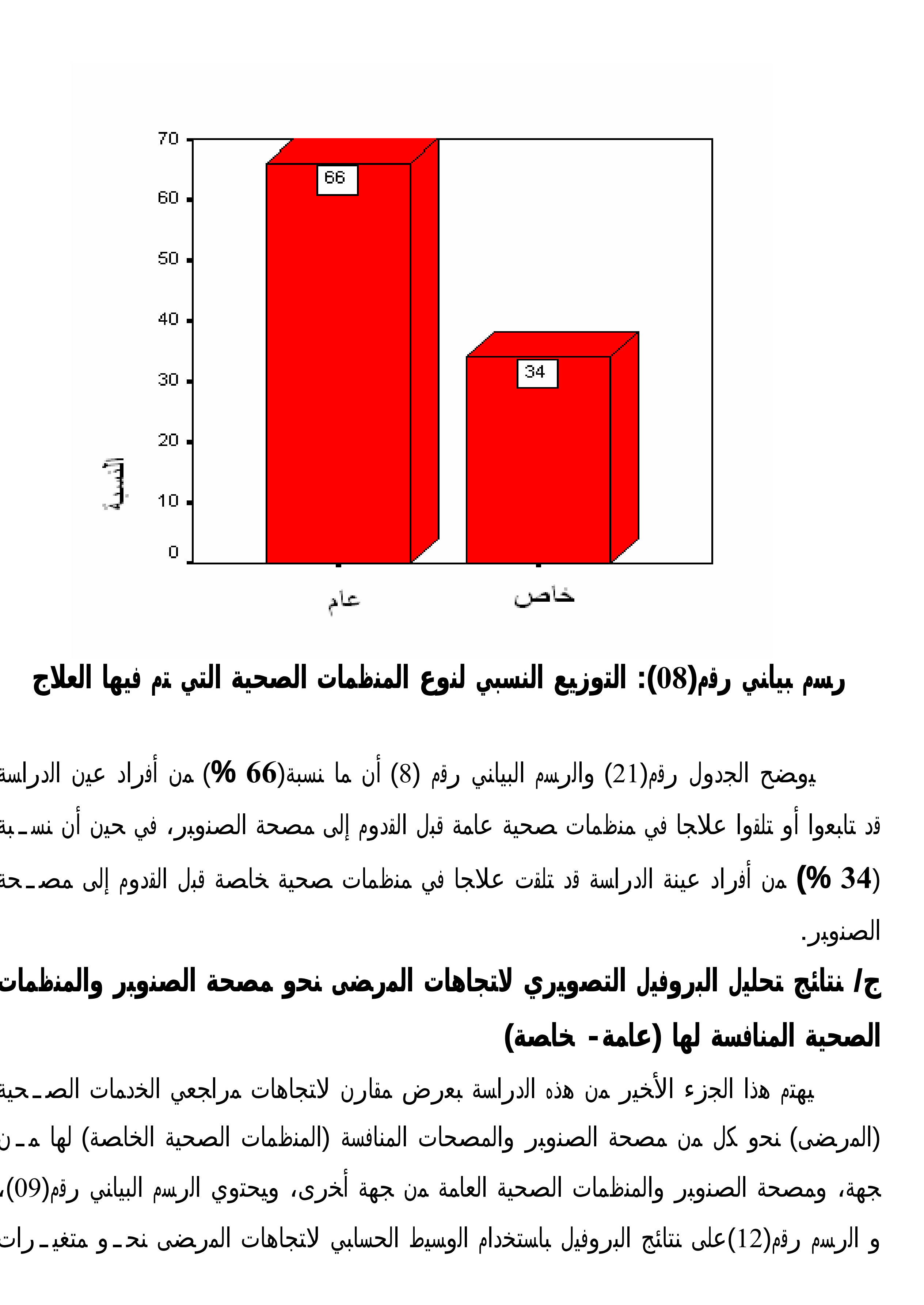
جدول رقم (21):

التوزيع التكراري والنسبي لنوع المنظمات الصحية التي تم فيه العلاج

الاختيارات	التكرارات	النسبة المئوية
عام	**33**	**% 62.26**
خاص	**14**	**% 37.74**
المجموع	**47**	**% 100**

المصدر:بالاعتماد على تفريغ بيانات الاستمارة

ويمكن تمثيل ذلك بيانيا من خلال المدرج التالي.



رسم بياني رقم(08): التوزيع النسبي لنوع المنظمات الصحية التي تم فيها العلاج

يوضح الجدول رقم(21) والرسم البياني رقم (8) أن ما نسبة(**66 %**) من أفراد عين الدراسة قد تابعوا أو تلقوا علاجا في منظمات صحية عامة قبل القدوم إلى مصحة الصنوبر، في حين أن نسبة (**34 %**) من أفراد عينة الدراسة قد تلقت علاجا في منظمات صحية خاصة قبل القدوم إلى مصحة الصنوبر.

ج/ نتائج تحليل البروفيل التصويري لاتجاهات المرضى نحو مصحة الصنوبر والمنظمات الصحية المنافسة لها (عامة - خاصة)

يهتم هذا الجزء الأخير من هذه الدراسة بعرض مقارن لاتجاهات مراجعي الخدمات الصحية (المرضى) نحو كل من مصحة الصنوبر والمصحات المنافسة (المنظمات الصحية الخاصة) لها من جهة، ومصحة الصنوبر والمنظمات الصحية العامة من جهة أخرى، ويحتوي الرسم البياني رقم(09)، و الرسم رقم(12)على نتائج البروفيل باستخدام الوسيط الحسابي لاتجاهات المرضى نحو متغيرات

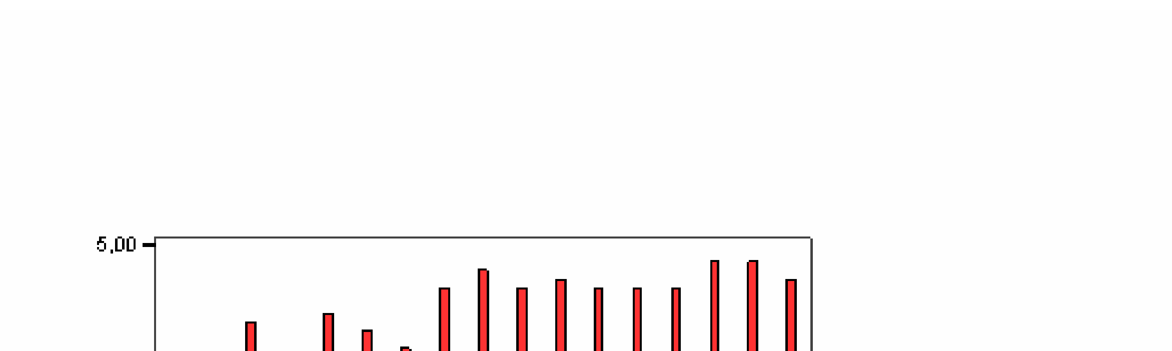
المزيج التسويقي الصحي، والتي تمثلت في سبعة عشر متغيرا، العشرة الأولى منهـا تمثـل المـزيج التسويقي الصحي الخارجي، والسبعة الأخيرة منها تمثل المزيج التسويقي التفاعلي.

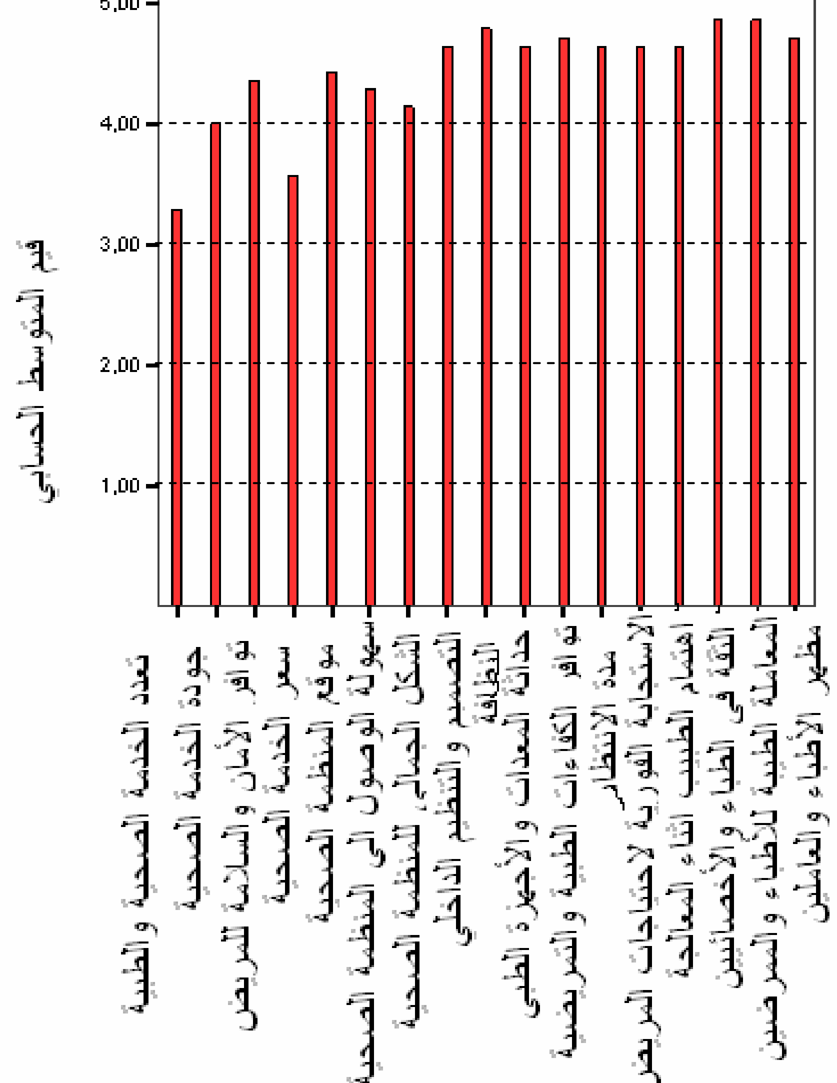
أولا: نتائج تحليل البروفيل التصويري لاتجاهـات المرضـى نحـو مصـحة الصـنوبر والمصحات المنافسة لها

الخصائص	غير مفضل جدا 1	2	محايد 3	4	مفضل جدا 5
- تعدد الخدمة الصحية و الطبية المقدمة					
- جودة الخدمة الصحية					
- توافر الأمان و السلامة للمريض					
- سعر الخدمة الصحية					
- موقع المنظمة الصحية					
- سهولة الوصول الى المنظمة الصحية					
- الشكل الجمالي للمنظمة الصحية					
- التصميم و التنظيم الداخلي					
- النظافة					
- حداثة المعدات و الأجهزة الطبية					
- توافر الكفاءات الطبية و التمريضية					
- مدة الانتظار					
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض					
- اهتمام الطبيب أثناء المعالجة					
- الثقة في الأطباء و الأخصائيين					
- المعاملة الطيبة للأطباء و الممرضين					
- مظهر الأطباء و العاملين					
مصحة الصنوبر (—)	المصحات المنافسة (—)				

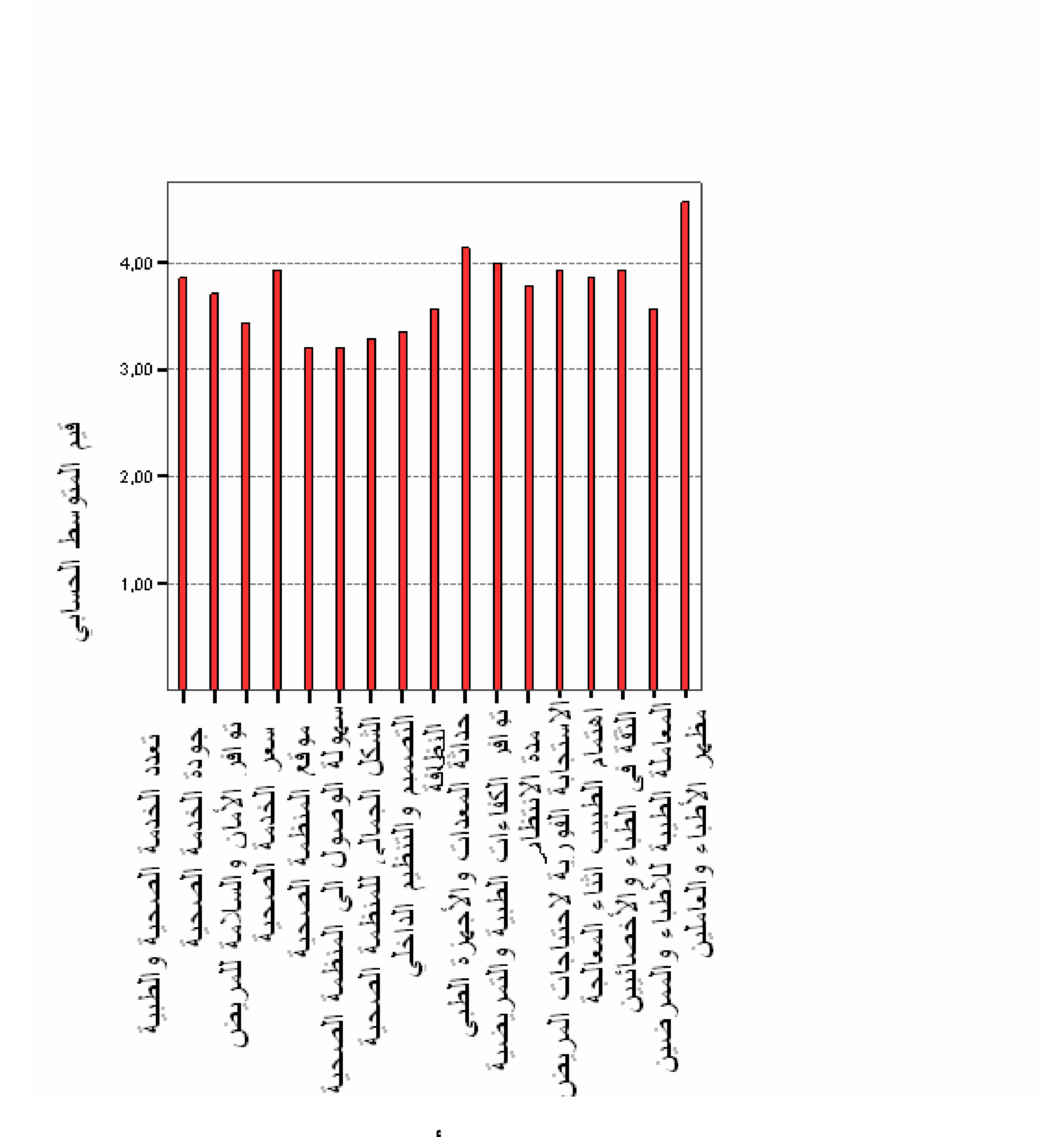
رسم بياني رقم(09): البروفيل التصويري لاتجاهات المرضى نحو مصحة الصنوبر والمصحات المنافسة

يتضح من الرسم البياني رقم(**09**) أن مصحة الصنوبر تتفوق كلية عن المصحات المنافسة، باستثناء نقطتين أو عنصريين كانت فيهما مصحة الصنوبر متأخرة عن مثيلاتها وهما على التوالي، متغير تعدد الخدمات الصحية والطبية (توافر التخصصات المختلفة) من جهة وسعر الخدمة الصحية من جهة أخرى، والملاحظ أن جميع المتغيرات السبعة عشر كانت بمتوسطات حسابية محصورة بين[3,29 ، 4,86]، أي بين درجة مفضل إلى حد ما لعنصر تعدد الخدمة الصحية والطبية المقدمة، ودرجة مفضل لكل من عنصري سعر الخدمة الصحية، و الشكل الجمالي للمنظمة الصحية، بينما بقية المتغيرات فكانت بدرجة مفضل جدا، في حين كانت المتوسطات الحسابية للمتغيرات التسويقية الصحية للمصحات المنافسة محصورة بين **[**3,21 ، 4,14**]**، أي من درجة مفضل إلى حد ما إلى درجة مفضل، والرسمان البيانيان المواليان يوضحان ذلك.





رسم بياني رقم(10): المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو مصحة الصنوبر



رسم بياني رقم(11): المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو المنظمات المصحات المنافسة.

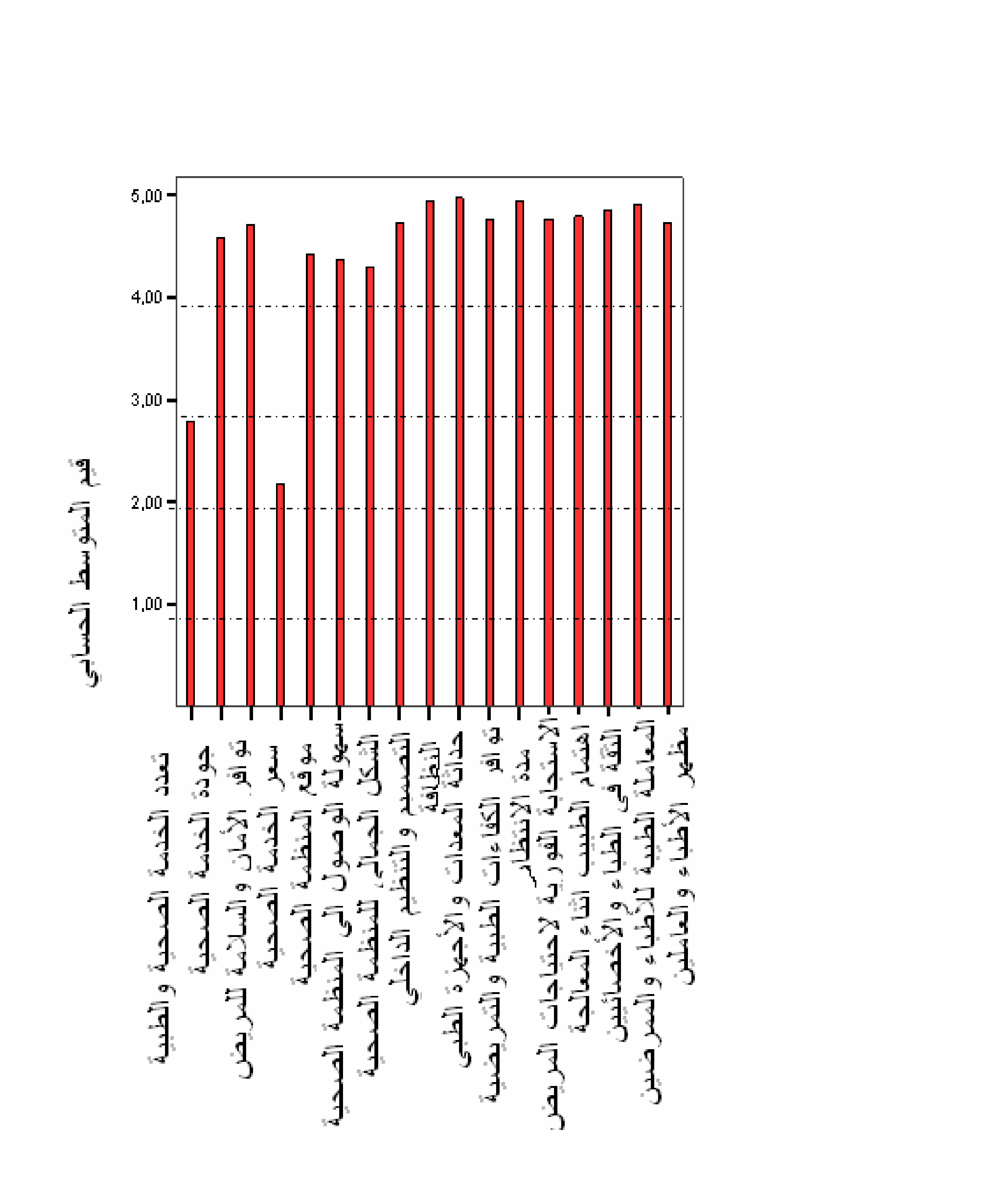
ثانيا: نتائج تحليل البروفيل التصويري لاتجاهات المرضى نحو مصحة الصنوبر والمنظمات الصحية العامة المنافسة لها

الخصائص	غير مفضل جدا 1	2	محايد 3	4	مفضل جدا 5
- تعدد الخدمة الصحية و الطبية المقدمة					
- جودة الخدمة الصحية					
- توافر الأمان و السلامة للمريض					
- سعر الخدمة الصحية					
- موقع المنظمة الصحية					
- سهولة الوصول الى المنظمة الصحية					
- الشكل الجمالي للمنظمة الصحية					
- التصميم و التنظيم الداخلي					
- النظافة					
- حداثة المعدات و الأجهزة الطبية					
- توافر الكفاءات الطبية و التمريضية					
- مدة الانتظار					
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض					
- اهتمام الطبيب أثناء المعالجة					
- الثقة في الأطباء و الأخصائيين					
- المعاملة الطبية للأطباء و الممرضين					
- مظهر الأطباء و العاملين					

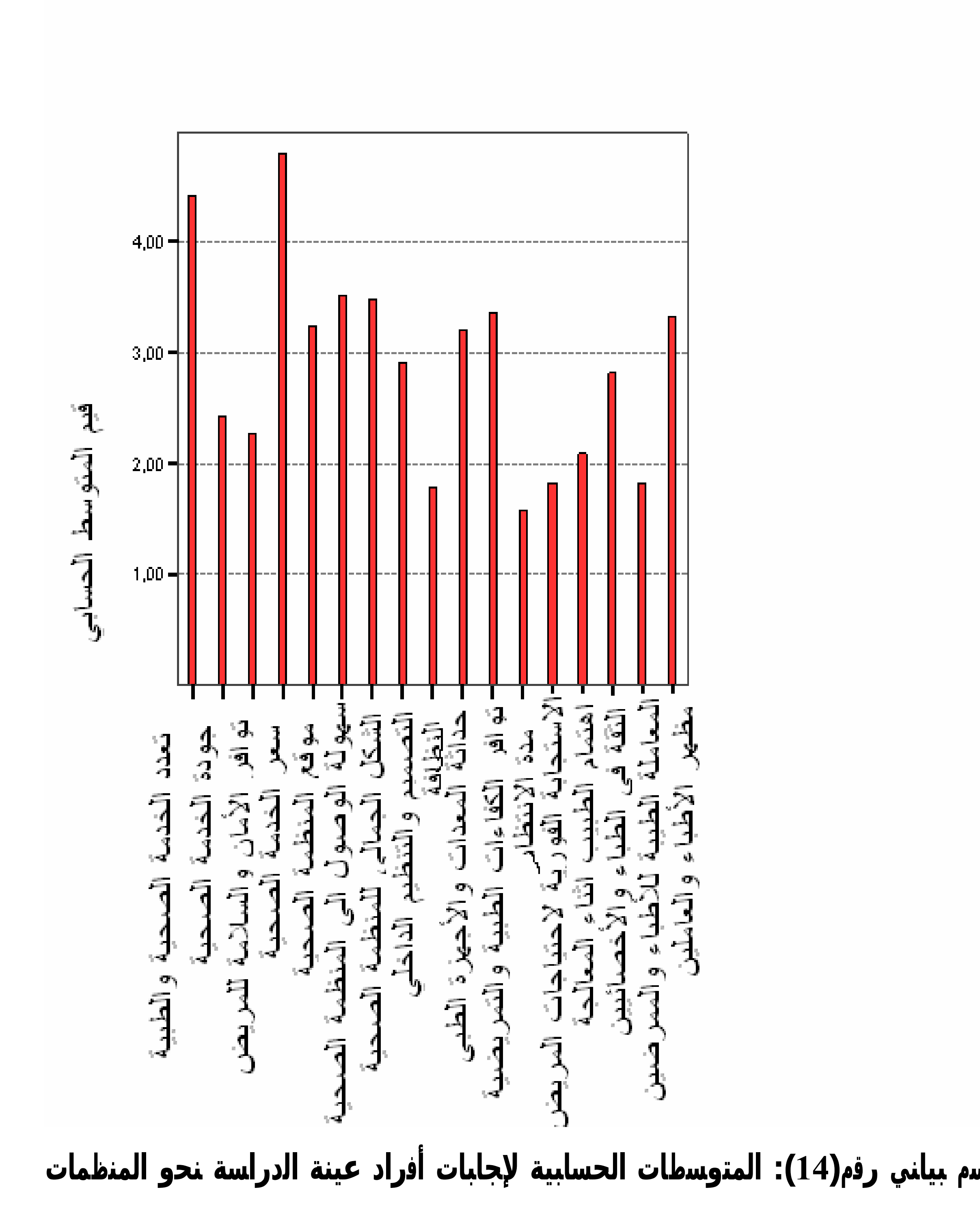
مصحة الصنوبر —— منظمات صحية عامة ——

رسم بياني رقم(12): البروفيل التصويري لاتجاهات المرضى نحو مصحة الصنوبر والمنظمات الصحية العامة

يتضح من الرسم البياني رقم(**12**) أعلاه أن مصحة الصنوبر تتفـوق كليـة عـن المنظمـات الصحية العامة المنافسة لها في ، باستثناء نقطتين أو عنصريين كانت فيهما مصحة الصنوبر متـأخرة عن مثيلاتها وهما على التوالي، متغير تعدد الخدمات الصحية والطبية (توافر التخصصات المختلفـة) من جهة وسعر الخدمة الصحية من جهة أخرى، والملاحظ أن جميع المتغيـرات لمصـحة الصـنوبر مقارنة بالمنظمات الصحية العامة السبعة عشر كانت بمتوسطات حسـابية محصـورة بـين **[**2,18، 4,94**]**، أي بين درجة غير مفضل لعنصر سعر الخدمة الصحية، ودرجة مفضل إلى حد ما بالنسـبة لعنصر تعدد الخدمة الصحية والطبية، بينما بقية المتغيرات الخمسة عشر فكانت بدرجة مفضل جـدا، في حين كانت المتوسطات الحسابية للمتغيرات التسويقية الصحية للمنظمات الصحية العامة المنافسـة محصورة بين **[**1,79 ، 4,79**]**، أي من درجة غير مفضل جدا إلى درجة مفضل جـدا، والرسـمان البيانيان المواليان يوضحان ذلك.



رسم بياني رقم(13): المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو مصحة الصنوبر



رسم بياني رقم(14): المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو المنظمات الصحية العامة.

من خلال تحليل نتائج العرض المقارن لاتجاهات المرضى نحو المتغيرات التسويقية الصحية الخارجية والتفاعلية لكل من مصحة الصنوبر والمصحات المنافسة لها من جهة، ومصحة الصنوبر والمنظمات الصحية العامة المنافسة لها من جهة أخرى، يتضح لنا أن مصحة الصنوبر تتميز بانطباع جيد لدى مرضاها، أي أنها ذات صورة ذهنية متميزة عن بقية المنظمات الصحية المنافسة لها، غير أن هناك نقطتي ضعف تعاني منهما المصحة والمتمثلتين في كل تعدد الخدمة الصحية والطبية (توافر التخصصات المختلفة) وسعر الخدمة الصحية، حيث لا تتميز فيهما مصحة الصنوبر مما يجعلها في وضعية حرجة نوعا ما، خاصة بالنسبة لعنصر السعر، فيما عدا ذلك تبقى مصحة الصنوبر ذات تميز في تطبيق وتسيير عناصر المزيج التسويقي الصحي الخارجية و التفاعلية منها.

خاتمة الفصل الرابع:

تتحكم مصحة الصنوبر في متغيرات المزيج التسويقي الصحي الخارجي والتفاعلي، وهذا ما عكسته نتائج التحليل الميداني للدراسة، حيث تساهم تلك المتغيرات في تحسين وتحقيق مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية، مما انعكس إيجابا على رضا المرضى، وكل ذلك أدى إلى تحسين صورة المصحة لدى مراجعيها وخلق انطباعا جيدا لها مقارنة بمنظمات الرعاية الصحية المنافسة لها، غير أنه تبقى بعض نقاط الضعف الملازمة لمصحة الصنوبر ممثلة أساسا في كل من عنصري التسعير والترويج، وهما عنصران مهمان ضمن عناصر المزيج التسويقي الصحي لذا وجب على مصحة الصنوبر مراجعة سياستها تجاههما.

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

فهرس الرسومات البيانية

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

قسم التسيير

استمارة

دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها:دراسة ميدانية بالتطبيق على مصحة الصنوبر بسطيف.

إعداد الطالب: عصماني سفيان **إشراف الدكتور: بن يعقوب الطاهر**

يسرني أن أقدم لكم استمارة تخدم البحث العلمي الذي أقوم به استكمالا لمتطلبات درجة الماجستير في علوم التسيير، تخصص تسويق، من جامعة محمد بوضياف بالمسيلة بعنوان: "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها:دراسة ميدانية بالتطبيق على مصحة الصنوبر بسطيف". وأرجو تفضلكم بتخصيص جزء من وقتكم الثمين، لتعبئة الاستمارة من خلال وضع العلامة (×) في الخانة التي تعبر عن رأيكم أو تناسب اختياركم، هذا مع التأكيد بأن معلومات الاستمارة سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي المذكور وستكون موضوع السرية التامة.

شفاكم ا وتقبلوا خالص تحياتي..

أولا: البيانات الأولية

1/العمر:

أقل من 25سنة ☐ من 25 إلى أقل من 30 ☐

من30 إلى أقل من35 ☐ من 35 إلى اقل من 40 ☐

من 40 سنة فأكثر ☐

2/الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

3/المستوى التعليمي

أمي ☐ ابتدائي ☐ أساسي ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

4/الدخل

أقل من 8000 دج ☐ من 8000 دج إلى أقل من 15000 ☐

من 15000 دج إلى أقل 25000 ☐ أكثر من 25000 دج ☐

ثانيا: مدى تأثير عناصر المزيج التسويقي الخارجي على المراجعين للخدمات الصحية

من فضلك وضع علامة (X) في المربع أو المربعات المناسبة.

1/ ما هو أكثر ما يجذبك في خدمات هذه المصحة؟

- تعدد الخدمات الصحية المقدمة ☐
- تقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة ☐
- دقة التشخيص في العلاج ☐
- خدمات فندقية في المستوى ☐

2/ ما رأيك في سعر الخدمة الصحية المقدمة لك؟

مرتفع جدا ☐ مرتفع ☐ مناسب ☐ منخفض ☐ منخفض جدا ☐

3/ هل أنت على علم بالخدمات الصحية المقدمة من طرف مصحة الصنوبر؟

نعم ☐ لا ☐

4/كيف تعرفت إذن على مصحة الصنوبر والخدمات الصحية التي تقدمها، هل هذا عن طريق؟

- العائلة ☐ - الأصدقاء ☐
- الإعلان ☐ - مصدر أخر(يحدد)....................

5/ كيف تعتبر موقع المصحة؟

مفضل جدا ☐ مفضل ☐ مناسب ☐ غير مفضل ☐ غير مفضل جدا ☐

6/لماذا قدمت إلى هذه المصحة؟

- شهرة الأطباء وكفاءة الجهاز التمريضي للمصحة ☐
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية ☐
- نظافة المصحة ☐

7/هل كان استقبالكم من طرف المصحة؟

ممتاز ☐ جيد ☐ عادي ☐ سيئ ☐ سيئ جدا ☐

ثالثا: تقييم جودة الخدمات الصحية

استنادا إلى رأيك وخبرتك أثناء تواجدك بهذه المصحة، ضع علامة(x) في المربع الذي تراه يمثل أقرب إجابة تراها مناسبة من وجه نظرك، للعبارات التالية:

الرقم	العبارة	جيدة جدا	جيدة	إلى حد ما	ضعيفة	ضعيفة جدا
1	الخدمات الطبية والتمريضية					
2	الخدمات الفندقية					
3	الأسعار مقارنة بالخدمات					
4	الأسعار مقارنة بباقي المصحات					
5	كفاءة ومهارة الأطباء					
6	كفاءة ومهارة الممرضين					
7	المظهر الخارجي للمصحة وموقعها					
8	التصميم الداخلي للمصحة					
9	حداثة المعدات والأجهزة الطبية					
10	نظافة المصحة					
11	السرعة في تقديم الخدمة الصحية					
12	الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض					
13	اهتمام الطبيب أثناء المعالجة					
14	كفاية الوقت المخصص للتشخيص					
15	معاملة الكادر الطبي والممرضين					
16	استمرارية متابعة حالة المريض					
17	مظهر الأطباء والممرضين والعاملين بالمصحة					

رابعا/تقييم الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة من طرف المصحة

1/ ما هي درجة رضاك عن الخدمات الصحية السابقة، ضع علامة(x) في المربع الذي تراه يمثل أقرب إجابة تراها مناسبة من وجه نظرك.

راضي جدا	راضي	راضي إلى حد ما	غير راضي	غير راضي جدا

خامسا/ قياس المكانة الذهنية الحالية لمصحة الصنوبر

1/ هل عالجت من قبل في مستشفى أو عيادة، أو مصحة أخرى؟

نعم ☐ لا ☐

2/ ما نوعه؟

عام ☐ خاص ☐

3/ إذا كانت الإجابة بنعم فقم بوضع الرقم (**1**) بالنسبة لمنظمة الصنوبر والرقم (**2**) بالنسبة للمنظمة الصحية التي عالجت فيها من قبل في المربع الذي تراه ملائما.

الرقم	الخصائص	المقياس				
		مفضل جدا (5)	**مفضل (4)**	**محايد (3)**	**غير مفضل (2)**	**غير مفضل أبدا (1)**
1	تعدد الخدمة الصحية والطبية المقدمة (توافر التخصصات المختلفة)					
2	جودة الخدمة الصحية					
3	توافر الأمان والسلامة للمريض					
4	سعر الخدمة الصحية					
5	موقع المنظمة الصحية					
6	سهولة الوصول إلى المنظمة الصحية					
7	الشكل الجمالي للمنظمة الصحية					
8	التصميم والتنظيم الداخلي					
9	النظافة					
10	حداثة المعدات والأجهزة الطبية					
11	توافر الكوادر الطبية والتمريضية ذات الكفاءة					
12	مدة الانتظار					
13	الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض					
14	اهتمام الطبيب أثناء المعالجة					
15	الثقة في الأطباء والأخصائيين					
16	المعاملة الطيبة للأطباء والممرضين					
17	مظهر الأطباء والعاملين					

ملخص:

تناولت هذه الدراسة موضوع دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها، وتستمد هذه الدراسة أهميتها من ارتباطها بمعالجة القطاع الصحي ذي الأهمية الحيوية لجهود التنمية في الجزائر، وعليه فقد تم وصف هذه الخدمات وتحديد خصائصها التسويقية، بالإضافة إلى تحديد أهمية تقديم هذه الخدمات للمستفيدين منها، كما تم إبراز أهمية ودور النشاط التسويقي في قطاع الخدمات الصحية وعرض المستويات المختلفة لهذا النشاط في هذا النوع من الخدمات، مع تبيان مفهوم الجودة في القطاع الصحي وتحديد مكوناتها الأساسية بالنسبة للخدمات الصحية، ولمعالجة المشكلة القائمة كان لابد من دراسة ميدانية، تم إجراؤها بمصحة الصنوبر بمدينة سطيف، وقد انطلقت الدراسة من تصور هو أن جودة الخدمات الصحية دالة لمجموعة من المتغيرات لعناصر المزيج التسويقي، حيث تم البحث في التسويق كأداة فعالة لتحقيق الجودة المطلوبة في الرعاية الصحية،حيث قمنا بتحديد كل من عناصر المزيج التسويقي الخارجي والعلاقاتي كإحدى تلك المتغيرات المساهمة في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية ومن ثم رضا المريض، وبالتالي تعزيز المكانة الذهنية للمنظمة الصحية وتقوية مركزها التنافسي انطلاقا من فرضية أساسية مفادها أن التسويق يساهم في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.

Abstract:

The present study covers the role of marketing in the sector of health care from the consumer′s point of view. The significance of this research lies in the vital role played by health care in the developmental effort of Algeria. The health services are herein described with a determination of their marketing features. The Importance of the provision of health care services to patients is equally analyzed. Subsequently, the study broaches upon the role of marketing and the variety its level as witnessed in this type of service. The dissertation proceeds to broach upon the concept of quality and the determination of its main component elements in health care services. The problematic entailed the recourse to field research, which was implemented in "Clinique des pins" (a private hospital located in setif).The research stars with the hypothesis that the quality of health care depends upon a number if variables in marketing Mix, so that research was conducted on ,marketing as an effective tool in the implementation of the desired level of quality in health care. Our focus was on determining both internal as well as external, marketing elements: that is, on external and relational mix ,marketing as variables contributing to the improvement of health services quality then consumer satisfaction and ultimately polishing the Organization′s Image to foster its competitive edge. The basic hypothesis was that ,marketing makes significant contribution to the amelioration of health care quality.